



Haben Sie vor der Schwangerschaft Hormone eingenommen (z.B. Verhütung, Pille, Spirale, Nuvaring etc.)?

nein  ja Wenn ja, was und bis wann? \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie schwanger?  auf natürlichem Wege  hormonell unterstützt

Hatten Sie schon eine Fehlgeburt oder einen Schwangerschaftsabbruch?

Jahr	Welche Schwangerschaftswoche?	Ausschabung?

Gibt es in der aktuellen Schwangerschaft bisher Besonderheiten?

\_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen folgendes durchgeführt:

Nackenfaltenmessung  Amniozentese  Chorionzottenbiopsie  Fehlbildungs-Ultraschall

### Vorangegangene Geburten

Datum	Natürliche Geburt / Saugglocke / Kaiserschnitt	Junge / Mädchen	Gewicht Länge	Dauer der Geburt	Klinik	Besonderheiten (Einleitung, Geburtsverletzung, Frühgeburt, Grund für Kaiserschnitt/ Saugglocke, Blutung)

### Eigene Krankengeschichte

Bluthochdruck? \_\_\_\_\_ Diabetes? \_\_\_\_\_

Schilddrüse? \_\_\_\_\_ Blutgerinnung (Thrombose)? \_\_\_\_\_

Niere? \_\_\_\_\_ Psychische Erkrankung/Belastungen? \_\_\_\_\_

Hüfterkrankung (z.B. Spreizhose als Kind)? \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon operiert?

Jahr	Art der Operation	Narkose

Waren Sie in der aktuellen Schwangerschaft stationär?

Grund	Dauer	Klinik
Hatten Sie schon einmal Kontakt mit MRSA/MRGN (Multi-resistente Keime)?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Waren Sie in den letzten 12 Monaten länger als 3 Tage stationär in einer Klinik?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie in den letzten 6 Monaten Antibiotika eingenommen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen Klinikkontakt in Griechenland, in der Türkei, in Indien oder Israel?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

**Familiäre Krankengeschichte**

Gibt es Erkrankungen beim Kindsvater, dessen enger Familie oder Ihrer eigenen Familie? Wenn ja, was und wer?

Bluthochdruck? \_\_\_\_\_ Diabetes? \_\_\_\_\_

Schilddrüse? \_\_\_\_\_ Blutgerinnung (Thrombose)? \_\_\_\_\_

Niere? \_\_\_\_\_ Psychische Erkrankung/Belastungen? \_\_\_\_\_

Hüfterkrankungen? \_\_\_\_\_ Erbkrankheiten? \_\_\_\_\_

Sonstige Krankheiten oder Auffälligkeiten? \_\_\_\_\_

**COVID-19**

Impfung der Schwangeren:  nein  ja, Datum der Impfungen: \_\_\_\_\_

Infektion mit COVID-19:  nein  ja, Datum letzte Infektion : \_\_\_\_\_

**Haben Sie Wünsche/Anregungen, die Sie uns mitteilen möchten?**

---

Wir bedanken uns und wünschen Ihnen auch weiter eine gute Schwangerschaft!

Ihr Kreißaal-Team