

Fragebogen für Schwangere

Liebe Schwangere

Wir freuen uns über Ihr Interesse an unserer Praxis und möchten Ihnen und Ihrer Gesundheit unsere ganze Aufmerksamkeit und gesamte Kompetenz widmen. Um Ihnen bei Ihrem aktuellen Anliegen besser helfen zu können, benötigen wir einige Informationen von Ihnen.

Bitte füllen Sie diesen Bogen in aller Ruhe aus. Sollte Ihnen eine Frage unverständlich erscheinen, lassen Sie diese zunächst offen. Später kann Ihnen eine unserer Mitarbeiterinnen gerne bei der Beantwortung behilflich sein. Ihre Antworten werden von uns streng vertraulich behandelt und an niemanden weitergegeben.

1. Name, Vorname _____

2. Geburtsdatum ? _____

3. Gestationsdiabetes in früheren Schwangerschaften ? ja nein

4. Wann ist Ihr Entbindungstermin? _____

5. In der wievielten Schwangerschaftswoche sind Sie? _____

6. Ihre wievielte Schwangerschaft ist das ? _____

7. Hatten Sie schon einmal Fehlgeburten? ja nein

Wenn ja, wann ? _____

8. Haben Sie ein Kind mit mehr als 4500 g Geburtsgewicht? ja nein

9. Nehmen Sie Medikamente ? ja nein

Wenn ja, welche?

10. Sind Sie berufstätig ? ja nein

Beruf : _____

11. Haben Sie ein Beschäftigungsverbot ? ja nein

12. Haben Sie Bluthochdruck ? ja nein

13. Haben Sie Fettstoffwechselstörungen ? ja nein

14. Liegt Diabetes in Ihrer Familie vor ? ja nein

Wenn ja, wer ist davon betroffen ? _____

15. Wie ist die Kindesentwicklung bisher ? : unauffällig auffällig

16. Wie ist Ihr Bewegungsverhalten ?

Ich bewegen mich : viel treibe Sport gehe spazieren kaum /wenig

Wie oft ? tgl. 2x-3x / Wo weniger

Wie lange ? ca. : _____ Min/Std Tag/ Wo

17.Liegt eine Bewegungseinschränkung seitens des/r Gynäkologen/in vor ? ja nein

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.

Ihr Praxisteam