

Fragebogen Schwangerschaft

Name

Vorname

Adresse

Geburtsdatum

Beruf

Telefonnummer

Email

Name PartnerIn

Telefon PartnerIn

Krankenkasse

Krankenkassennummer

Versichertennummer

Gynäkologin/Gynäkologe

Kinderärztin/Kinderarzt

Mutterpass

Blutgruppe

Antikörper-Suchtests

Röteln-Antikörper

HbsAntigen

OGTT-Werte

β-Streptokokken

Sonstige Befunde

Letzte Periode

Entbindungstermin

Wievielte Schwangerschaft

Vorherige Geburten

Anamnese

Besonderheiten der jetzigen Schwangerschaft

Allergien

Aktuelle Medikamente -oder Nahrungsergänzungsmittelaufnahme

Chronische oder akute Vorerkrankungen

Vorausgegangene Operationen

Schwerwiegende Erkrankungen in der Familie

Wunsch zum Geburtsort

Wunsch zum Geburtsmodus

Wünsche zur Wochenbettbetreuung in der Sprech-
stunde

Wünsche zur Ernährung des Kindes

Meine Fragen: