

Name: \_\_\_\_\_ ID-Nr. \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_ männlich  weiblich

Ausgefüllt von: \_\_\_\_\_

**1. Gab es irgendwelche Besonderheiten während der Schwangerschaft?**

- ja
  nein, Schwangerschaft verlief vollkommen normal  
 keine Angaben zum Schwangerschaftsverlauf vorhanden;  
 warum? \_\_\_\_\_

**2. Welche Besonderheiten?**

*Bitte jeden Punkt beantworten!*

**ja** **nein; nicht bekannt**

- |  |                       |                       |
|--|-----------------------|-----------------------|
| a. Blutungen   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| b. schweres anhaltendes Erbrechen mit Gewichtsverlust u. Spitalaufnahme                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| c. Schwangerschaftsgestose (erhöhter Blutdruck, Ödeme Eiweißausscheidung) mit Spitalaufnahme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| d. Unfälle   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| e. Infektionskrankheit   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| f. Röntgenuntersuchungen oder Bestrahlungen im 1. Schwangerschaftsdrittel                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| g. Medikamente ( <i>bitte auch angeben, welche</i> ):<br>_____                               | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. Alkohol   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. Rauchen ( $\leq 5$ Zigaretten/Tag)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| k. Drogenmissbrauch  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| l. Operation mit Narkose   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| m. versuchte Schwangerschaftsunterbrechung   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| n. schwere seelische Belastung   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| o. Abortgefahr mit Spitalaufnahme  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| p. schwere seelische Belastung   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| q. Schwangerschaft $\geq 5$  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| r. frühere(r) Abort(e); Fehl-/Totgeburt(en)  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| s. frühere Schwangerschaftskomplikationen  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| t. andere Auffälligkeiten ( <i>bitte angeben, welcher Art</i> ):<br>_____                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**3. Geburtsgewicht:**

- normal  über 4500 g

**4. Geburtstermin:**

- normal (38.-41. Wo)  übertragen ( $\geq 42.$  Wo)  
 frühzeitig ( $\leq 37.$  Wo)  keine Angaben

**5. Gab es irgendwelche Besonderheiten während der Schwangerschaft?**

- ja  nein, keinerlei Komplikationen  
 keine Angaben zum Geburtsverlauf vorhanden;

**6. Welche Besonderheiten?***(Bitte jeden Punkt beantworten!)*

	<b>ja:</b>	<b>nein; nicht bekannt:</b>
a. Hausgeburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Transport in Kinderklinik (Neonat.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Intensivmassnahmen sofort nach der Geburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. protrahiert (Wehenschwäche)/zu rasch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Lageabweichung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Nabelschnurumschlingungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
g. Plazenta-Störung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
h. Zange oder Vakuum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
i. Sectio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
k. vorzeit. Blasensprung (> 12 Std.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
l. Schwangerschaft $\geq 5$	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
m. Mekoniumhaltiges Fruchtwasser	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
n. Apgar (1 Min. < 7/5 Min. < 8Min.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. Mehrlinge	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
p. pathologisches Kardiotokogramm	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
o. andere Störung während Geburtsvorgang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

welche? \_\_\_\_\_

**7. Gab es irgendwelche Komplikationen während der Neugeborenenperiode?**

- ja  nein, keinerlei Komplikationen  
 keine Angaben zur Neugeborenenperiode vorhanden;

**8. Welche Besonderheiten?***(Bitte jeden Punkt beantworten!)*

	<b>ja</b>	<b>nein; nicht bekannt:</b>
a. Ikterus (Gelbsucht) mit Fototherapie/Blutaustausch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b. Krämpfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c. Trinkschwierigkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d. Brutkasten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
e. Intensivmassnahmen (Intubation, Beatmung, Schockbehandlung)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
f. Geburtstraume	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- |   |                       |                       |
|---|-----------------------|-----------------------|
| g. pathologische Blutchemie                           | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| h. lebensgefährdende Erkrankungen (Sepsis, Operation) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| i. andere Störungen während der Neugeborenenperiode   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

welche? \_\_\_\_\_