

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

3. Geburtsgewicht:

- normal über 4500 g

4. Geburtstermin:

- normal (38.-41. Wo) übertragen (≥ 42 . Wo)
 frühzeitig (≤ 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!)

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

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!)

	ja	nein; nicht bekannt:
a. Ikterus (Gelbsucht) mit Fototherapie/Blutaustausch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Krämpfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Trinkschwierigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Brutkasten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Intensivmassnahmen (Intubation, Beatmung, Schockbehandlung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Geburtstraume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. pathologische Blutchemie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. lebensgefährdende Erkrankungen (Sepsis, Operation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. andere Störungen während der Neugeborenenperiode	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

welche? _____