

Name/ Name:	Vorname/ first name:
Geburtsname/ Birth name:	Geburtsdatum/ Date of birth:
Name, Vorname des zu erwartenden Kindes/ Name, first name of the unborn child:	
Familienstand/ Marital status: Verheiratet/ married: <input type="checkbox"/> Ledig/ single: <input type="checkbox"/> geschieden divorced: <input type="checkbox"/> verwitwet/ widowed: <input type="checkbox"/>	
Beruf/ Job:	Religion/ Religion:
Adresse/ Address:	
Tel.-nummer/ Telephone number:	Krankenkasse/ Health insurance:
Name des Partners/ Name of partner:	Beruf des Partners/ Job of partner:
Übersetzer/ Translator:	Zuständiges Amt/ responsible department:
Frauenarzt/ Gynecologist:	Hebamme/ Midwife:
Sind Allergien bei Ihnen bekannt?/ Any known allergies? Nein/ no: <input type="checkbox"/> Ja/ Yes: <input type="checkbox"/> welche?/ which?:	
• •	
<u>Krankheiten in den Familien: (bitte zutreffendes ankreuzen)/</u> <u>Diseases in the family: (Please tick correct statements)</u>	
Diabetes Mellitus/ Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/> Bluthochdruck/ Hypertension: <input type="checkbox"/> Krebsleiden/ Cancer: <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten/ Hereditary diseases: <input type="checkbox"/> ehlbildungen/ Deformity: <input type="checkbox"/> Mehrlinge/ Multiples: <input type="checkbox"/>	
Sonstiges Erkrankungen/ other diseases:	
• •	
<u>Eigene Erkrankungen: (bitte zutreffendes ankreuzen)/</u> <u>Your own diseases: (Please tick correct statements):</u>	
Kinderkrankheiten/ Child diseases: Masern/ Morbilli: <input type="checkbox"/> Mumps/Mumps: <input type="checkbox"/> Röteln/ Rubella: <input type="checkbox"/> Windpocken/Chicken pox: <input type="checkbox"/> Diphtherie/Diphtheria: <input type="checkbox"/> Keuchhusten/Whooping cough: <input type="checkbox"/> Kinderlähmung/ Infantile paralysis: <input type="checkbox"/>	
Blutübertragungen/ Blood transfusion: Nein/ No: <input type="checkbox"/> Ja/ Yes: <input type="checkbox"/> wann?/when? Komplikationen?/Complications?	
Tuberkulose/ Tuberculosis: <input type="checkbox"/> Multiple Sklerose/ Multiple sclerosis: <input type="checkbox"/> Herzerkrankungen/Heart diseases: <input type="checkbox"/> Rheuma/ Rheumatism: <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus/ Diabetes mellitus: <input type="checkbox"/>	
Lungen Erkrankungen/ Pulmonary diseases: <input type="checkbox"/> Wirbelsäulenerkrankungen/Spine diseases: (Bandscheibenvorfall/ Slipped disc): <input type="checkbox"/>	
Krampfadern/ Varices: <input type="checkbox"/> vermehrt Wassereinlagerung/frequent water retention: <input type="checkbox"/>	
Lebererkrankungen/ Liver diseases (Hepatitis): <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen/Kidney diseases: <input type="checkbox"/>	

Depressionen/Depressions/Psychische Erkrankungen/mental illnesses: Nein/ No: <input type="checkbox"/> Ja/ Yes: <input type="checkbox"/> Welche Art?/ Which kind? Behandlung erfolgt?/ Treatments?	
Sonstiger Erkrankungen/ Other diseases:	
• •	
Rauchen Sie?/ Do you smoke? Ja/ Yes: <input type="checkbox"/> Wieviel/am Tag?/ How many/a day? Nein/ No: <input type="checkbox"/> Trinken Sie Alkohol/ Do you drink alcohol?: Ja/ Yes: <input type="checkbox"/> Nein/ No: <input type="checkbox"/> Nehmen Sie Drogen/ Do you take drugs?: Ja/ Yes: <input type="checkbox"/> Welche?/ Which?: _____ Nein/ No: <input type="checkbox"/>	
Wie viele Schwangerschaften? How many pregnancies?	
Wie viele Geburten? In welchem Jahr? Ort/Land der Geburt/gab es Komplikationen?/ How many births? In which year? City/ Country/ Were there any complications?	
1.	Spontan/ Impulsive: <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt/ Caesarean: <input type="checkbox"/>
2.	Spontan/ Impulsive: <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt/ Caesarean: <input type="checkbox"/>
3.	Spontan/ Impulsive: <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt/ Caesarean: <input type="checkbox"/>
4.	Spontan/ Impulsive: <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt/ Caesarean: <input type="checkbox"/>
Fehlgeburten und Abtreibungen? In welchem Jahr? Ort/Land/Gab es Komplikationen? Miscarriages and abortions? In which year? City/ Country/were there any complications?	
1.	2.
3.	4.
<u>Schwangerschaftsverlauf/ Course of pregnancy:</u>	
Verstärkte Übelkeit/ Increased nausea: <input type="checkbox"/> Schwangerschafts-Diabetes/ Pregnancy diabetes: <input type="checkbox"/>	
Infektionen/ Infections: <input type="checkbox"/> Blutungen/ Bleedings: <input type="checkbox"/>	
Vorzeitige Wehen/ early contractions: <input type="checkbox"/> Muttermundverkürzung/ Reduction of the uterine orifice: <input type="checkbox"/>	
Lungenreifebehandlung/ Lungs-mature-treatment: <input type="checkbox"/> Anti-D-Prophylaxe/ Anti-D-prophylaxis: <input type="checkbox"/>	
Bluthochdruck/ Hypertension: <input type="checkbox"/>	
Krankenhausaufenthalt während der Schwangerschaft/ Hospital stay during the pregnancy: Ja/ Yes: <input type="checkbox"/> Zeitraum/Grund?/ Period/Reason? Nein/ No: <input type="checkbox"/>	
• •	
Sonstiges/Other:	
Nehmen Sie Medikamente ein/ Do you take any medicine: Ja/ Yes: <input type="checkbox"/> welche?/ which? Nein/ No: <input type="checkbox"/>	
1.	2.
3.	4.
Letzte Periode/ last menstruation: _____ Geburtstermin/ Due day: _____	
Körpergröße/ Body high: _____ cm Gewicht vor der Schwangerschaft/ weight before the pregnancy: _____ kg Gewicht aktuell/ weigth now: _____ kg	
Wünsche?/ wishes?:	
Darum Date/ Unterschrift Signature	
Patientin/Partner/Übersetzer Patient/Partner/Translator Hebamme/Arzt/Ärztin Midwife/Doctor	