

Sind Sie bereits schwanger?

ja nein ich weiß es nicht

Waren Sie bereits schon einmal schwanger?

ja nein

Wenn ja, wann?

Wenn ja, gab es während dieser Schwangerschaft(en) Komplikationen?

VERHÜTUNG & SCHWANGERSCHAFTSPLANUNG

In welchem Zeitraum wollen Sie schwanger werden?

Wie verhüten Sie derzeit?

Haben Sie Ihre Verhütungsmittel bereits abgesetzt? ja nein

Falls ja, wann?

Falls nein, bitte setzen Sie diese nicht ohne vorherige Rücksprache mit Ihrem behandelnden Arzt ab!

GESUNDHEITZUSTAND

Wie steht es derzeit um Ihr körperliches Wohlbefinden?

Wie geht es Ihnen mit Ihrer Erkrankung?

0 = Sehr schlecht 5 = Tagesabhängig 10 = Sehr gut

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Wie stark sind Ihre derzeitigen Schmerzen?

kein Schmerz	leichter Schmerz	mäßiger Schmerz	starker Schmerz	sehr starker Schmerz						
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 8	<input type="checkbox"/> 9	<input type="checkbox"/> 10

THERAPIE & MEDIKATION

Welche Arzneimittel nehmen Sie zurzeit ein?

Wann wurden Sie zuletzt geimpft und wogegen?

Nehmen Sie derzeit Nahrungsergänzungsmittel (in Vorbereitung einer Schwangerschaft) ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Es ist wichtig gemeinsam, über Ihre Schwangerschaftspläne zu sprechen, da es sein kann, dass wir Ihre derzeitige Therapie pausieren müssen. Hierfür gibt es je nach Fall und Medikation individuelle Handlungsmöglichkeiten, die bei einem Ordinationstermin besprochen werden müssen.

