



Kinderwunsch &
Schwangerschaft
mit Rheuma.

RhePro: 1. Termin postpartal:

1. Geburt: Siehe Mutter-Kind-Pass Seite 26 und 27

Bestand eine Mehrlingsschwangerschaft:

| | | | |
|-------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Zwillinge | <input type="checkbox"/> ja, Drillinge | <input type="checkbox"/> ja, mehr als 3 Kinder |
|-------------------------------|--|--|--|

Bitte füllen Sie folgende Informationen zur Geburt aus:

| | 1. Kind | Falls Zwillinge: 2. Kind | Falls Drillinge: 3. Kind |
|------------------------------------|---|---|---|
| Geschlecht | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich | <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich |
| Geburtsdatum | | | |
| Schwangerschaftswoche | | | |
| Gewicht [Gramm] | | | |
| Länge [cm] | | | |
| Kopfumfang [cm] | | | |
| Nabelschur-pH | | | |
| APGAR Gesamt nach 1 min/5min/10min | ___/___/___ | ___/___/___ | ___/___/___ |

Welcher Geburtsmodus wurde gewählt:

| | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> spontan/Vaginalgeburt | <input type="checkbox"/> Vakuum/Saugglockengeburt | <input type="checkbox"/> Forceps/Geburtszange |
| <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt (Sectio) | <input type="checkbox"/> Manualhilfe | |

Wenn das Kind/die Kinder mittels Kaiserschnitt auf die Welt gekommen sind, bitte geben Sie den Grund für den Kaiserschnitt an:

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Vorhergegangener Kaiserschnitt bei früherer Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Wunsch der Mutter |
| <input type="checkbox"/> Kindliche Erkrankung | <input type="checkbox"/> vorzeitige Plazentalösung |
| <input type="checkbox"/> Geburtsstillstand | <input type="checkbox"/> rheumatologische Grunderkrankung |
| <input type="checkbox"/> anderer Grund: | |

Sind bei der Geburt Komplikationen aufgetreten bzw. mussten therapeutische Maßnahmen angewandt werden?

| Komplikation | Therapeutische Maßnahme |
|--------------|-------------------------|
| | |

Sind im Lauf des Wochenbettes Besonderheiten bei der Mutter aufgetreten?

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Infektion (bitte spezifizieren): _____ | |
| <input type="checkbox"/> Transfusionspflichtige Blutung | <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Revision (erneute OP wegen Komplikationen) |
| <input type="checkbox"/> Eklampsie/Präeklampsie | <input type="checkbox"/> Entfernung der Gebärmutter |
| <input type="checkbox"/> andere (bitte spezifizieren): _____ | |

2. Sind bei dem Kind/den Kindern gesundheitliche Probleme oder Erkrankungen bekannt?

ja nein

Wenn ja, welche Erkrankung und bei welchem Kind:

3. Stillen die Mutter aktuell?

ja
 nein, es wurde bereits abgestillt und zwar in der _____ Woche nach der Geburt
 nein, es wurde nie gestillt

Sollten Sie nie gestillt/oder bereits abgestillt haben, geben Sie bitte den Grund an:

- Persönliche Gründe der Mutter
- Stillen war nicht möglich
- Hohe Aktivität der rheumatischen Erkrankung
- Aufgrund der Medikamente
- andere Erkrankung der Mutter