



Ultraschall Check Up

Name:

Adresse:

E-Mail Adresse:

die wievielte Schwangerschaft, Geburt war es, wie alt sind die Kind(er)?:

Geburtsverlauf (spontan, Bauchgeburt, Besonderheiten, Saugglocke, Zange, PDA, Gebärposition), (auch bei vorangegangenen Geburten):

Geburtsverletzungen (Dammriss oder -schnitt, welchen Grades?), (auch bei vorangegangenen Geburten):

nach der Geburt auftretende körperliche Beschwerden/Probleme, auch aus der Schwangerschaft mitgebrachte:

- unfreiwilliger Harnverlust (wenn ja, wobei und wie viel, wie oft am Tag, seit wann):

- Schwierigkeiten bei der Harnentleerung (drücken zum Entleeren, das Gefühl nicht vollständig entleeren zu können, häufige Toilettengänge >10x, vorsorgliches zur Toilette gehen):

- unfreiwilliger Stuhl- oder Windverlust (wenn ja, wobei):

- Schwierigkeiten bei der Darmentleerung (Obstipation, Winde, Hämorrhoiden):

- Senkungsbeschwerden („keinen Halt von unten“, „Druckgefühl, Schweregefühl nach unten“):



- Schmerzen, andere Probleme an der Dammnah:
- Schmerzen, andere Probleme an der Kaiserschnittnaht:
- Schmerzen am Schambein (Symphyse) (wann?):
- Rückenschmerzen (wo? Wann?):
- Stabilitätsverlust am Bauch (Gefühl der Bauch gehört nicht mir, Bauch wird abends größer, Bauch wölbt sich nach vorn beim Aufstehen aus der Rückenlage):
- weiteres (Medikamente, gynäkologische/ urologische/ proktologische Operationen?, andere Erkrankungen):

Das möchte ich aus dem Check-Up mitnehmen:

Ich möchte über weitere Angebote von dir per E-Mail informiert werden.

Deine Daten werden von mir nicht weitergegeben und nur im Rahmen der Dokumentationspflicht verwendet.