



Persönliche und Familiengeschichte	
Welcher Ethnie gehören Sie an? (Kaukasisch, Afrikanisch, Asiatisch, Andere)	
Hatten Sie Bluthochdruck vor der Schwangerschaft? (Ja/Nein)	
Hatten Sie Diabetes vor der Schwangerschaft? (Ja/Nein)	
Rauchen Sie? (Ja/Nein)	
Hatten Sie einen Herzinfarkt oder Schlaganfall?(Ja/Nein)	
Hatten Ihre Mutter, Schwester(n) eine Präeklampsie oder Bluthochdruck in der Schwangerschaft? (Ja/Nein/Unbekannt)	
Haben Vater, Mutter oder Geschwister Bluthochdruck? (Ja/Nein/Unbekannt)	
Haben Vater, Mutter oder Geschwister Diabetes? (Ja/Nein/Unbekannt)	
Hatten Vater, Mutter oder Geschwister einen Herzinfarkt oder Schlaganfall? (Ja/Nein/Unbekannt)	

Imprint

Das vorliegende Patientenblatt basiert auf der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe „Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen: Diagnostik und Therapie“ (S2k-Level, AWMF Register Nr. 015/018, Juni 2024). <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/015-018>

Design: Diana Hofmann-Larina, EFCNI
Bilder: Shutterstock

NACHSORGEPASS FÜR MÜTTER NACH PRÄEKLAMPSIE

Name:	
Geburtsdatum der Mutter:	
Geburtsdatum des Kindes:	
i Eine Schwangerschaft kann ein natürlicher Stresstest für das Herz sein. Die Schwangerschaft und die Zeit nach der Geburt ist die beste Zeit um auf Risikofaktoren für Herzkrankheiten untersucht zu werden.	

Kennen Sie Ihr Risiko?



Der Nachsorgepass wird unterstützt von:







WIE KÖNNEN SIE IHR RISIKO SENKEN?



Bleiben Sie aktiv und bewegen Sie sich mindestens 150 Minuten pro Woche.

Streben Sie ein gesundes Körpergewicht an. Erreichen Sie nach der Entbindung möglichst wieder ihr Gewicht vor der Schwangerschaft.



Leben Sie rauchfrei.



Stillen Sie so lange wie möglich.



Ernähren Sie sich gesund, indem Sie wenig Salz, Fett und Zucker zu sich nehmen.



Gehen Sie regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen.



Besprechen Sie vor einer erneuten Schwangerschaft die Risiken und optimieren Sie Ihre Gesundheit.

Schwangerschaftsbedingte kardiovaskuläre Risikofaktoren
☐ Präeklampsie
☐ Haben Sie in der Schwangerschaft geraucht?
☐ Gestationsdiabetes
☐ Vorzeitige Plazentalösung
☐ Ungeklärte Frühgeburt (vor der 37. SSW)
☐ Intrauterine Wachstumsrestriktion

Informationen zum Kind
Bitte tragen Sie hier die Informationen zur Geburt Ihres Kindes ein.
Geburt in Schwangerschaftswoche:
Geschlecht des Kindes:
Geburtsgewicht (g):
Gewichtspersentile zur Geburt:
Länge bei Geburt (cm):
Kopfumfang (cm):

Empfohlener Zeitplan für Gesundheitsuntersuchungen					
Zeit seit Geburt	Datum	Blutdruck (mmHg)	Gewicht (kg)	BMI (kg/m ²)	Taillenumfang (cm)
6 Wochen					
6 Monate					
12 Monate					
weiter jährlich					
Gewichtsverlauf & Zielwerte					
Größe (cm):			Gewicht (kg)	BMI (kg/m ²)	Taillenumfang (cm)
Vor der Schwangerschaft					
Zur Geburt					
Ziel nach 12 Monaten					
Empfohlene Zielwerte			vor der Schw.	< 25	< 88

Blutuntersuchung empfohlen nach 6 Wochen, 6 und 12 Monaten und jährlich			
	6 Wochen	6 Monate	12 Monate
Cholesterin*			
HDL*			
LDL*			
Triglyzeride*			
Nüchtern-BZ*			
GFR (ml/min)			
Kreatinin*			
HbA1c %			

* Bitte geben Sie wenn möglich die Einheiten (mg/dl, mmol/l, ...) an.

Körperliche Aktivität		
Zeit seit Geburt	Minuten pro Woche	Durchschnittliche Anzahl Schritte pro Tag
2 Monate		
6 Monate		
12 Monate		
Empfehlung	> = 150	> = 10.000