

## Gesundheits-Check: Bewegungskurse für Schwangere

Name: \_\_\_\_\_

1) Hatten Sie seit Beginn dieser Schwangerschaft jemals Blutungen?

- Ja                       Nein

2) Hatten Sie seit Beginn dieser Schwangerschaft jemals ein Ziehen im Unterbauch (vorzeitige Wehen)?

- Ja                       Nein

3) Haben Sie Probleme mit dem Herz (z.B. Bluthochdruck, Schwindel, ect.)?

- Ja                       Nein

4) Haben Sie Probleme mit der Atmung (z.B. Asthma)?

- Ja                       Nein

5) Haben Sie Probleme mit den Gelenken?

- Ja                       Nein

Wenn Sie nicht das erste Mal schwanger sind:

3) Hatten Sie in der letzten Schwangerschaft Blutungen?

- Ja                       Nein

4) Hatten Sie in der letzten Schwangerschaft jemals ein Ziehen im Unterbauch (vorzeitige Wehen)?

- Ja                       Nein