

Sehr geehrte Patientin,
mit diesem Fragebogen wollen wir Zeit gewinnen - für Sie! Das persönliche Gespräch ist wichtig und soll durch diesen Bogen nicht ersetzt, sondern zeitlich ermöglicht werden. Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht, dies gilt auch für alle Angaben auf diesem Fragebogen. Bitte helfen Sie uns durch sorgfältiges Ausfüllen.

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Beruf:
Adresse (Straße, Hausnummer, PLZ und Ort)	
Tel.-Nr. privat:	Versicherung:
Tel.-Nr. mobil:	Überweisender Arzt:
Tel.-Nr. geschäftlich:	

Erster Tag der letzten Regel (Datum)	Zyklus regelmäßig nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Abnormale Blutungen ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Zyklusdauer (Tage von Blutung zu Blutung): Regeldauer (Blutung Tage):	Ovulationsauslöser? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> (wurde der Eisprung durch Medikamente ausgelöst)
Probleme in der jetzigen Schwangerschaft und evtl. stationäre Aufenthalte?	Voruntersuchungen und Vorbefunde (bitte ankreuzen)
	Nackenfaltenmessung (O +Biochemie) ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Unauffällig ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
	PraenaTest, PanoramaTest, HarmonyTest ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Unauffällig ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
	Eingriffe (Amniozentese / CVS) ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Unauffällig ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Fehlbildungsschall ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Unauffällig ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Hat eine künstliche Befruchtung stattgefunden? Falls ja: welche Methode? _____ Bitte Tag der Punktion angeben _____	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Kryokonservierung? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> falls ja: Einfrierdatum:.....
Größe:	Nikotin ja <input type="radio"/> Anzahl Zigaretten: _____ nein <input type="radio"/>
Derzeitiges Gewicht:	Alkohol ja <input type="radio"/> Menge: _____ nein <input type="radio"/>
Sind Sie und Ihr Partner blutsverwandt? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> (z.B. Cousine/Cousin)	Andere Infektionen? ja <input type="radio"/> mit: _____ nein <input type="radio"/> Besteht eine Infektion mit Hepatitis A/B/C? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Allergien:	Derzeitige Medikamente (Präparat / Dosis) ASS oder Heparin (Blutverdünnung) ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Folsäure? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> O bereits vor Schwangerschaft nein <input type="radio"/> Weitere:

Geburten (jeweils Jahr / Geschlecht / Geburtsgewicht / Art der Entbindung)	Probleme bei vorheriger Schwangerschaft / Geburt
	Fehlgeburten (Jahr, Schwangerschaftswoche)
Eileiterschwangerschaft (Jahr)	Schwangerschaftsabbruch (Jahr)
Andere eigene Erkrankungen (Zucker, Hochdruck, Thrombose, Krebs etc.)	Erkrankungen in der Familie (auch Familie des Kindsvaters) (Erbleiden, Herzerkrankungen seit Geburt etc.)
Gynäkologische u. andere Operationen (Jahr / Art)	

Wir bedanken uns für Ihre Angaben!