

Sehr geehrte Patientin,

Das persönliche Gespräch ist wichtig und soll durch diesen Bogen nicht ersetzt, sondern zeitlich ermöglicht werden. Alle 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:	Betreuender Frauenarzt:
E-Mail:	

Erster Tag der letzten Regel (Datum):	Zyklus regelmäßig <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
	Abnormale Blutungen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Zyklusdauer (Tage von Blutung zu Blutung):	Ovulationsauslöser? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Regeldauer (Blutung Tage):	(wurde der Eisprung durch Medikamente ausgelöst)

Besonderheiten in der jetzigen Schwangerschaft und evtl. stationäre Aufenthalte? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Details:	Voruntersuchungen und Vorbefunde (bitte ankreuzen)
	Nackenfaltenmessung (O + Blutuntersuchung) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Unauffällig <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
	NIPT – Genetischer Bluttest (VeracityTest, PraenaTest, HarmonyTest, FetalisTest) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Unauffällig <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
	Eingriffe (Amniozentese / CVS) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Unauffällig <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
	Fehlbildungultraschall <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Unauffällig <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Hat eine künstliche Befruchtung stattgefunden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Falls ja: welche Methode (ICSI / IVF)? _____ Bitte Tag der Punktion angeben: _____
Kryokonservierung <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
falls ja: Einfrierdatum: _____ Transferdatum: _____ Anzahl: _____

Größe:	Nikotin <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Anzahl Zigaretten: _____ <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
--------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Derzeitiges Gewicht:	Alkohol <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Menge: _____ <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
----------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Sind Sie und Ihr Partner verwandt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Andere Infektionen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> mit: _____ <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
(z.B. Cousine/Cousin)	Besteht eine Infektion mit Hepatitis A/B/C? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Allergien <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Details:	Derzeitige Medikamente (Präparat / Dosis) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Welche: ASS oder Heparin (Blutverdünnung) <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Folsäure? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
----------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Geburten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Details: (jeweils Jahr / Geschlecht / Geburtsgewicht / Art der Entbindung)	Besonderheiten vorheriger Schwangerschaft / Geburt <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Details: Fehlgeburten <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Details: (Jahr, Schwangerschaftswoche)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Eileiterschwangerschaft <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Details: (Jahr)	Schwangerschaftsabbruch <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Details: (Jahr)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Andere eigene Erkrankungen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Details: (Zucker, Hochdruck, Thrombose, Krebs etc.)	Angeborene Erkrankungen in der Familie <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> (auch Familie des Kindsvaters) Details: (Genetische Erkrankungen, angeborene Fehlbildungen z.B. Herzfehler etc.)
Gynäkologische u. andere Operationen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Details: (Jahr / Art)	