

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:	

Größe:	Derzeitiges Gewicht:	Nikotin ja <input type="radio"/> Anzahl Zigaretten: _____ nein <input type="radio"/>
Erster Tag der letzten Regel: (Datum)		Alkohol ja <input type="radio"/> Menge: _____ nein <input type="radio"/>
Zyklus regelmäßig ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>		Besteht eine Infektion mit Hepatitis/HIV? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Zyklusdauer: (Tage von Blutung zu Blutung)		Sind Sie und Ihr Partner verwandt? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> (z.B. Cousine/Cousin)

Besonderheiten in der jetzigen Schwangerschaft und evtl. stationäre Aufenthalte? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Details:	Hat eine künstliche Befruchtung stattgefunden? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Falls ja: welche Methode (ICSI/IVF)? _____ Bitte Tag der Punktion angeben: _____ Transferdatum: _____ Anzahl: _____
---	--

Voruntersuchungen und Vorbefunde (bitte ankreuzen)			
Nackenfaltenmessung (O mit Blutuntersuchung)	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Unauffällig	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
NIPT – Genetischer Bluttest	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	Unauffällig	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
<small>(VeracityTest, PraenaTest, HarmonyTest, FetalisTest)</small>			

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

Gynäkologische u. andere Operationen ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Details: (Jahr / Art)	Derzeitige Medikamente (Präparat / Dosis) ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Welche: ASS oder Heparin (Blutverdünnung) ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Folsäure ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
---	--

Eigene Erkrankungen (z.B. Zucker, Hochdruck, Thrombose, Krebs etc.) oder Allergien (z.B. Latex, etc.) ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Details:

Angeborene Erkrankungen in der Familie (auch Familie des Kindsvaters) ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> (Genetische Erkrankungen, angeborene Fehlbildungen z.B. Herzfehler etc.) Details:
