

Patientenfragebogen – Zentrum für Pränatale Medizin

1. Persönliche Daten

Name:

Geburtsdatum:

(ausgeübter) Beruf:

Name des Partners:

(ausgeübter) Beruf:

Telefonnummer privat:

Mobil:

Behandelnder Gynäkologe:

Körpergewicht vor der Schwangerschaft:

Körpergröße:

2. Fragen zur aktuellen Schwangerschaft

Aktuelles Körpergewicht:

Ist die Schwangerschaft spontan eingetreten? Ja

Nein, durch Clomifen Gonadotropine Insemination IVF ICSI Sonstiges

Rauchen Sie? Nein Ja, _____ Zigaretten am Tag

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja

Welche Medikamente haben Sie vor der Schwangerschaft eingenommen?

Welche Medikamente haben Sie während der Schwangerschaft eingenommen?

Medikament: Dosis: Zeitraum:

Medikament: Dosis: Zeitraum:

Nehmen Sie Folsäure ein? Nein Ja

Haben Sie bereits vor der Schwangerschaft Folsäure eingenommen? Nein Ja

Gibt es Probleme oder Auffälligkeiten in dieser Schwangerschaft (wie z.B. Gestationsdiabetes, Bluthochdruck, Präeklampsie, vorzeitige Wehentätigkeit, Auffälligkeiten im Ultraschall oder bei einer vorausgegangenen Untersuchung)?

Nein

Wenn ja, welche? _____

3. Fragen zu vorhergehenden Schwangerschaften

Waren Sie vor dieser Schwangerschaft bereits schwanger? Nein Ja

Haben Sie Fehlgeburten erlitten? Nein Ja

Wenn ja, in welchem Jahr und welcher Schwangerschaftswoche?

Haben Sie Kinder geboren?

Jahr	Art der Entbindung	Geschlecht des Kindes	Größe und Gewicht

Gibt es Probleme oder Auffälligkeiten in dieser Schwangerschaft (wie z.B. Gestationsdiabetes, Bluthochdruck, Präeklampsie, vorzeitige Wehentätigkeit, Auffälligkeiten im Ultraschall oder bei einer vorausgegangen Untersuchung)?

Nein Wenn ja, welche?

Blutgruppe: _____ Rhesus Faktor: _____

Infektionskrankheiten: Nein Ja, Welche: _____

4. Ihre Gesundheit

Besteht bei Ihnen eine chronische Erkrankung?

- | | |
|-----------------------------------|------------------------|
| Bluthochdruck | Diabetes mellitus |
| Nierenerkrankung | Atemwegserkrankung |
| Erkrankung des Magen-Darm-Traktes | Epilepsie |
| Autoimmunerkrankung | Schilddrüsenerkrankung |
| Infektion | Sonstiges |

5. Schwerwiegende Erkrankungen in der Familie

Familienmitglied	Erkrankung

_____ Datum / Unterschrift