Formular

## Patientenfragebogen Pränatale Medizin

Nummer: FO-21246 Gültig ab: Gültig ab

1. Persönliche Daten					
Name/ Vorname/ Geburtsdatum:					
(ausgeübter) Beruf:					
Name/Vorname des P	artners:				
(ausgeübter) Beruf:					
Telefonnummer privat:mobil:					
Betreuender Frauenarzt/ärztin:					
Körpergewicht vor de	Schwangerschaft: _	kg	Körpergröße :cm		
2. Fragen zur bisherig	en Schwangerschaft				
Aktuelles Körpergewic	cht :kg				
Ist die Schwangerscha	ft spontan eingetreten?	)			
Ja					
Nein, dur	ch Clomifen	Gonadotr	opine		
Insemination	IVF	ICSI	sonstige		
Rauchen Sie?	Nein	Ja	Zigaretten/Tag		
Trinken Sie Alkohol?	Nein	Ja			
Bestehen Allergien?	Nein	Ja	welche?		
Welche Medikamente haben Sie <b>vor</b> der Schwangerschaft eingenommen?					
Welche Medikamente nehmen/haben Sie <b>während</b> dieser Schwangerschaft eingenommen?					
			rung		
Nehmen Sie Folsäure		Ja 	2		
Haben Sie bereits <b>vor</b> der Schwangerschaft Folsäure eingenommen? Nein Ja					
Gibt oder gab es <b>Probleme oder Auffälligkeiten</b> in dieser Schwangerschaft (wie Gestationsdiabetes, Bluthochdruck, Präeklampsie, vorzeitige Wehentätigkeit, Auffälligkeiten im Ultraschall oder sonstiges)?  Nein ja, welche					

Dokumenten Nummer: FO-21246 | Version: 1.0 | Gültig ab: 23.10.2019

Formular

## Patientenfragebogen Pränatale Medizin

Nummer: FO-21246 Gültig ab: Gültig ab

3.	Fragen zu	vorhergehend	en Schwangerschaften
----	-----------	--------------	----------------------

Waren Sie vor dieser Schwangerschaft bereits schwanger?

Nein Ja
Wenn ja, haben Sie Fehlgeburten erlitten?

Nein Ja

Wenn ja in welchem Jahr und in welcher Schwangerschaftswoche?

Haben Sie Kinder geboren? Nein Ja

Jahr	Art der Entbindung	Geschlecht des Kindes	Größe und Gewicht

Gab es in vorhergehenden Schwangerschaften **Probleme oder Auffälligkeiten** (wie Gestationsdiabetes, Bluthochdruck, Präeklampsie, vorzeitige Wehentätigkeit, Auffälligkeiten im Ultraschall oder sonstiges)?

Nein	a, welche	
Nelli	i, weiche	

## 4. Fragen zu Ihrer Gesundheit

Besteht bei Ihnen eine chronische Erkrankung?

Bluthochdruck Diabetes mellitus

Nierenerkrankung Atemwegserkrankung

Erkrankung des Magen-Darm-Traktes Epilepsie

Autoimmunerkrankung Schilddrüsenerkrankung

Infektion Störungen der Blutgerinnung

Oder Andere? Welche?\_\_\_\_\_

## 5. Fragen zu Erkrankungen in der Familie

Gibt es schwerwiegende Erkrankungen oder Erbkrankheiten in Ihrer Familie oder der Familie des Kindsvaters?

Nein ja,

Familienmitglied	Erkrankung

Herzlichen Dank für Ihre Hilfe!