

## Patientenfragebogen – Zentrum für Pränatale Medizin

### 1. Persönliche Daten

Name:

Geburtsdatum:

(ausgeübter) Beruf:

Name des Partners:

(ausgeübter) Beruf:

Telefonnummer privat:

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 der jetzigen Schwangerschaft (wie z. B. Gestationsdiabetes, Bluthochdruck, Präeklampsie, vorzeitige Wehentätigkeit, Auffälligkeiten im Ultraschall oder bei einer vorausgegangen 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

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

Nein:       Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### 4. Ihre Gesundheit

Besteht bei Ihnen eine chronische Erkrankung?

- |                                   |                          |                        |                          |
|-----------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| Bluthochdruck                     | <input type="checkbox"/> | Diabetes mellitus      | <input type="checkbox"/> |
| Nierenerkrankung                  | <input type="checkbox"/> | Atemwegserkrankung     | <input type="checkbox"/> |
| Erkrankung des Magen-Darm-Traktes | <input type="checkbox"/> | Epilepsie              | <input type="checkbox"/> |
| Autoimmunerkrankung               | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Infektion                         | <input type="checkbox"/> | Sonstiges              | _____                    |

### 5. Schwerwiegende Erkrankungen in der Familie

Familienmitglied	Erkrankung

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift