

Patientenfragebogen Zentrum für Pränatale Medizin

1. Persönliche Daten

Name/ Vorname/Geburtsdatum der

Patientin: (Ausgeübter) Beruf:

Name/Vorname des

Partners: (Ausgeübter) Beruf:

Telefonnummer privat:

Mobil:

Betreuender Frauenarzt/ärztin: _____

Körpergewicht vor der Schwangerschaft: _____ kg

Körpergröße: _____ cm

2. Fragen zur Schwangerschaft:

Aktuelles Körpergewicht: _____ kg

Ist die Schwangerschaft spontan eingetreten?

ja

nein, durch

Clomifen

ICSI-Therapie

Gonadotropine

Insemination

Sonstiges: _____

IVF-Therapie

Rauchen Sie?

nein

ja _____ Zigaretten/Tag

Trinken Sie Alkohol?

nein

ja

Welche Medikamente haben Sie vor der Schwangerschaft genommen:

Welche Medikamente haben Sie während der Schwangerschaft genommen:

Dosierung: _____ Einnahmezeitraum _____

Dosierung: _____ Einnahmezeitraum _____

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 vorausgegangen Untersuchung)?

nein

ja, welche _____

Priv.-Doz. Dr. med.
 Martin Krapp, DEGUM III
 Dr. med. Philipp Kreiselmaier,
 DEGUM II
 Prof. Dr. med.
 Annika Ludwig, DEGUM II
 Mönckebergstr. 10
 20095 Hamburg

3. Fragen zu vorhergehenden 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 d. Kindes | Größe u. Gewicht |
|------|--------------------|----------------------|------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Gab es in einer vorhergehenden Schwangerschaft Probleme oder Auffälligkeiten (wie z.B. Gestationsdiabetes, Bluthochdruck, Präeklampsie, vorzeitige Wehentätigkeit, Auffälligkeiten im Ultraschall, Fehlbildungen)?

nein ja, welche _____

4. Ihre Gesundheit:

Besteht bei Ihnen eine chronische Erkrankung?

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

wenn ja, welche _____

5. Erkrankungen in der Familie

Gibt es schwerwiegende Erkrankungen oder Erbkrankheiten in Ihrer Familie? nein ja,

| Familienmitglied | Erkrankung |
|------------------|------------|
| | |
| | |

Datum/Unterschrift Patient/in