

Liebe Patientin,

da wir Sie heute das erste Mal in dieser Schwangerschaft betreuen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst vollständig zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen Überblick und Informationen über eventuelle Vorerkrankungen oder medizinische Risiken zu erhalten.

Bitte fragen Sie uns, falls Sie Hilfe beim Ausfüllen des Bogens benötigen.

Vorname	Nachname
ID	Geburtsdatum
Adresse	
Telefon privat	Telefon mobil
E-Mail	Beruf
Behandelnde/r Ärztin/Arzt	Versicherung

Fragen zur Schwangerschaft

Erster Tag der letzten Periode:	
War der Zyklus vor der Schwangerschaft regelmäßig / unregelmäßig:	
Ist die Schwangerschaft auf natürlichem Weg eingetreten?	☐ Ja ☐ Nein
Wenn Nein:	☐ Ovulationsauslöser ☐ IVF ☐ ICSI Alter bei Eizellpunktion: ☐ Eizellspende Alter der Spenderin: Punktionsdatum: Transferdatum: Anzahl der eingesetzten Embryonen:
Rauchen Sie?	☐ Ja ☐ Nein
Trinken Sie Alkohol?	☐ Ja ☐ Nein
Größe in cm:	
Gewicht vor der Schwangerschaft in kg:	
Aktuelles Gewicht in kg:	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (Dauertherapie)?	
Nehmen Sie seit der Schwangerschaft Medikamente ein (z.B. ASS /Heparin /Presinol /Magnesium)?	
Wie war der Schwangerschaftsverlauf bis jetzt (Blutungen / Infektionen / stationäre Aufenthalte)?	
Haben Sie in der Schwangerschaft spezielle Untersuchungen vornehmen lassen?	NIPT – Bluttest (z. B. PraenaTest / Harmony-Test): ☐ Ja ☐ Nein Ersttrimesterscreening (Messung der Nackentransparenz / Serumparameter): ☐ Ja ☐ Nein Diagnostische Punktion (z. B. Plazentapunktion / Fruchtwasserpunktion): ☐ Ja ☐ Nein

Fragen zu vorangegangenen Schwangerschaften und Geburten

Geborene Kinder (Geburtsdatum, Geschlecht, Geburtsgewicht, normale Geburt / Kaiserschnitt):

Fehlgeburten (Schwangerschaftswoche / Komplikationen):

Medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche (wenn ja, Anzahl und Grund):

Eigen- / Familienanamnese

Gab es in einer vorherigen Schwangerschaft Probleme (z. B. Gestationsdiabetes / Präeklampsie / vorzeitige Wehentätigkeit)?

Liegen bei Ihnen selbst Erkrankungen (z. B. Diabetes / Blutdruck / Schilddrüse etc.) vor?

Gibt es in der Familie genetische Erkrankungen (z. B. Geburt von Kindern mit Entwicklungsstörungen / angeborene Herzfehler / Nierenerkrankungen)?

Datum	Unterschrift der Patientin
	X