

**Fragen für die Risikoberechnung für Trisomie 21, 18 und 13 und Präeklampsie**

Name:..... Vorname:..... Geburtsdatum:.....

**Vorherige Schwangerschaft(en):**

- vorherige Schwangerschaft mit Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung)?  nein  ja
- vorherige Schwangerschaft mit fetaler Wachstumsretardierung  nein  ja  
(niedriges Geburtsgewicht unter 2500g am Termin) Gewicht .....
- vorherige Schwangerschaft mit Chromosomenanomalie  nein  ja  
Trisomie 21, 18, oder 13, andere Syndrome? .....

**Besteht bei Ihnen folgende Erkrankung:**

- Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit), welcher Typ?  nein  ja, Typ .....
- Hypertonie (Bluthochdruck)  nein  ja
- Systemischer Lupus erythematoses  nein  ja  
(Autoimmunerkrankung des rheumatischen Formenkreises mit Entzündung der Haut (Schmetterlingsflechte)
- Antiphospholipid Syndrom  nein  ja  
(Autoimmunerkrankung mit Thrombose oder Gerinnungsstörung)?

**Familienanamnese:**

Hatte Ihre Mutter eine Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung)?  nein  ja

Cottbus, den .....  
Unterschrift Schwangere