

Fragebogen für Schwangere vor der Pränataldiagnostik

Name	Körpergröße
Vorname	Körpergewicht vor der Schwangerschaft
Telefon	Körpergewicht aktuell
Handy	Eigenes Alter
Email	Alter des Kindsvaters
Beruf	Konsanguinität/Verwandtenehe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Angaben zur *aktuellen* Schwangerschaft (Bitte ankreuzen bzw. ausfüllen)

	Ja	Welche, Wann, Wo, Behandlung	Nein
Sterilitätsbehandlung? Stimulation von Eizellenreifung u. Eisprung?	<input type="checkbox"/>	Medikamente:.....	
Assistierte Reproduktion? Künstliche Befruchtung? wann, wie, eigene oder fremde Eizellen, Alter der Spenderin, Kryokonservierung von Eizellen/Spermien?	<input type="checkbox"/>	Insemination <input type="checkbox"/> Eigene Eizellen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> Alter d. Eizellen-Spenderin: ICSI <input type="checkbox"/> Eizellenentnahme am: PICSI <input type="checkbox"/> Embryotransfer am: kryokonservierte Eizellen <input type="checkbox"/> kryokonservierte Spermien <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Nikotin in der Schwangerschaft? Drogen in der Schwangerschaft? Alkohol in der Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> Stück pro Tag <input type="checkbox"/> passiv Abstinenz seit <input type="checkbox"/> welche? Abstinenz seit <input type="checkbox"/> wieviel? Abstinenz seit	
Diabetes mellitus? Schwangerschaftsdiabetes?	<input type="checkbox"/>	welcher? <input type="checkbox"/> Typ I Therapie: <input type="checkbox"/> Typ II Therapie: <input type="checkbox"/> Therapie? <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/> Insulin <input type="checkbox"/> sonstige	
Thrombophilie/Thromboseneigung Zustand nach Thrombose?	<input type="checkbox"/>	welche? betroffenes Organ: <input type="checkbox"/> wann? Therapie?	
Bluthochdruck? Schwangerschaftsinduzierte Hypertonie? Präeklampsie?	<input type="checkbox"/>	Therapie Therapie Therapie	
Nierenfehlbildung/-funktionsstörung?	<input type="checkbox"/>	welche? Therapie:.....	
Leberfunktionsstörung?	<input type="checkbox"/>	welche? Therapie:.....	
Schilddrüsenfunktionsstörung?	<input type="checkbox"/>	Unterfunktion <input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> sonstige Therapie:.....	

Stationäre Betreuung in der *aktuellen* Schwangerschaft

Klinik/Krankenhaus	
Dauer des Aufenthalts	
Grund der Behandlung	
Therapie	

Angaben zu vorangegangener Pränataldiagnostik in *dieser* Schwangerschaft

Diagnostik	Ja	Ergebnis?	bei welchem Arzt?	Nein
Erst-/Firsttrimester-Screening 12.-14.SSW NT + Zusatzmarker + Biochemie	<input type="checkbox"/>	unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/>		
Chorionzottenbiopsie in 12.-14. SSW	<input type="checkbox"/>	unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/>		
Nicht-invasiver Pränataltest: wann? Harmony Panorama Fetalis Vanadis Praena Previa Veracity etc.	<input type="checkbox"/>	unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> Welche?		
Triple-Test 15.-19. SSW	<input type="checkbox"/>	unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/>		
AFP 15.-19.SSW	<input type="checkbox"/>	unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/>		
Fruchtwasserpunktion 16.-19.SSW	<input type="checkbox"/>	unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> durchgeführt wegen		
Feindiagnostik / Fehlbildungsdiagnostik optimal in 20.-23. SSW	<input type="checkbox"/>	unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig <input type="checkbox"/> Fehlbildung.....		

Allgemeine Angaben der Schwangeren und zur Familienanamnese

Medizinische Angaben	Ja	Wer, Welche, Weshalb, Dosierung, Wann?	Nein
Medikamenteneinnahme vor der Schwangerschaft(z.B. 50µg 1x täglich)	<input type="checkbox"/>	
Medikamenteneinnahme in der Schwangerschaft (z.B.50mg 1xAbend)	<input type="checkbox"/>	
Allergie gegen Medikamente? Welche? gegen Azithromycin / Makrolid-Antibiotika? gegen Penicillin / Amoxicillin? gegen Cephalosporin / Cefaclor? gegen Soja und / oder Erdnuss? sonstige Allergien?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Eigene Erkrankungen/Fehlbildungen z.B. Nieren, Lunge, Herz, Haut, Allergien, geistige Behinderung, Klumpfüsse, zusätzliche Finger/Zehen, Situs invertus, Lippenpalte etc.		Schwangere: Kindsvater:	
Chemotherapie oder Radiotherapie? (Welche, wann, weshalb etc.)		Schwangere: Kindsvater:	
Familiäre Erkrankung/ Fehlbildung (Oma, Opa, Eltern, Geschwister, Tante, Onkel, Cousin(e), Nichte, Neffen etc. mit z.B. Herzfehler, Chromosomenstörung, Down-Syndrom, Faktor-V- Mutation, Phenylketonurie, nur eine Niere, fehlende/zusätzliche Finger/Zehen, Hand- oder Fussfehlbildung, geistige Behinderung etc.			
Eigene Operationen? Wann? an der Gebärmutter oder am Bauch z.B. Laparoskopie, Blindarm-Entfernung, Nabelbruch, Konisation, Myom-Entfernung, (Eierstock)-Zysten- Entfernung, Eileiter-Entfernung, Kaiserschnitt etc.			

Angaben zu vorangegangenen Schwangerschaften (entfällt bei erster Schwangerschaft!)

Diagnose	Anzahl	Jahr/Jahre	SSW/ Fehlbildung/Genetik?	Nein
Fehlgeburt / Abort				
Eileiterschwangerschaft				
Bauchhöhlenschwangerschaft				
Abbruch /Interruptio (auch vorzeitige Schwangerschaftsbe- endigung aus medizin. Indikation z.B. bei schwerer kindlicher Fehlbildung)				
Totgeburt, intrauteriner Fruchttod				

Angaben zu vorangegangenen Geburten (entfällt bei erster Schwangerschaft!)

Jahr	Spontan- geburt	Kaiser- schnitt	SSW	Geburtsgewicht des Kindes	Kind gesund/Besonderheit/Fehlbildung?

Datum: Unterschrift der Schwangeren: