



Datenerfassung zur pränatalen Diagnostik

Heutiges Datum: _____ Ihr Geburtsdatum: _____

Name: _____ Tel. privat: _____ Festnetz: _____

Vorname: _____ Tel. dienstl.: _____

Anschrift: _____

Email-Adresse: _____ Ihr betreuender Arzt: _____

Größe: _____ Gewicht (vor SS und jetzt): _____ / _____ Letzte Regel: _____

Entbindungstermin: _____ **jetzt** Einling oder Mehrlinge: _____

Sind Sie mit dem Kindvater verwandt ? (z. B. Cousin / Cousine) ja / nein

Geburten **bisher** _____ davon __ Jungs / __ Mädchen

Abbrüche: _____ Fehlgeburten: _____

Raucherin ja/nein: ___Zig/d Alkohol in der SS: regelm. / manchmal / selten / nie

Drogen: ja/nein _____ Blutgruppe: _____

- Haben Sie ein **Bluthochdruckproblem**: ja / nein
- Wie ist diese Schwangerschaft entstanden: spontan / mit hormoneller Hilfe / Kinderwunschzentrum
- Hatte Ihre Mutter eine Bluthochdruckerkrankung in der Schwangerschaft? Ja / nein / unklar

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche und warum? _____

Gibt es Erbkrankheiten oder angeborene Fehlbildungen in der Familie von Ihnen oder des Kindsvaters? (die letzten 3 Generationen) Wenn ja, wer und welche? _____

Gab es Besonderheiten in den **vorherigen** Schwangerschaften? Wenn ja, welche?

Gab es Besonderheiten in der **aktuellen** Schwangerschaft? Wenn ja, welche?

Hatten Sie schon eine weiterführende Ultraschalluntersuchung (z. B. NT) in dieser Schwangerschaft? Nein / ja, was und bei wem?

Haben Sie Fragen?