

Datenerfassung zur pränatalen Diagnostik / Praxis Dr. O. Schmid

Name, Vorname _____ Geburtsdatum ___/___/___

Anschrift _____

Telefonnr. _____ eMail-Adresse _____

Ihre betreuende / überweisende Ärztin/Arzt _____

Größe _____ cm Gewicht (vor der SS und jetzt) _____ kg / _____ kg

Letzte Regel ___/___/___ Entbindungstermin ___/___/___

Anzahl der Feten in dieser Schwangerschaft: _____

Sind Sie mit dem Kindvater verwandt ? (z. B. Cousin / Cousine)	Ja, wie:	nein
Geburten bisher: _____, in den Jahren _____, davon __ Jungs / __ Mädchen	Fehlgeburten _____, in den Jahren _____	
	Abbrüche _____, in den Jahren _____	
	Raucherin ja, _____ Zig/Tag	nein
Tag der letzten Entbindung: ___/___/___, _____ Wochen und ___ Tage zu früh bzw zu spät		
Trinken Sie Alkohol in der Schwangerschaft?		regelm. / manchmal / selten
Konsumieren Sie Drogen?	Ja, welche?	nein
Haben Sie einen Bluthochdruck?		ja
Wie ist diese Schwangerschaft entstanden?		mit hormoneller Hilfe / Kinderwunschzentrum
IVF <input type="checkbox"/> oder ICSI <input type="checkbox"/>	Eizellspende ja / nein wann Eizellentnahme: ___/___/___ wann Transfer: ___/___/___	Samenspende ja / nein Wievielter Entwicklungstag: _____. Tag
Hatte Ihre Mutter eine Bluthochdruckerkrankung in der Schwangerschaft		ja
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Name und Dosierung bitte.		nein
Gibt es Erbkrankheiten oder angeborene Fehlbildungen in der Familie von Ihnen oder des Kindsvaters? (die letzten 3 Generationen) Wenn ja, wer und welche?		nein
Gab es Besonderheiten in den vorherigen Schwangerschaften ? Wenn ja, welche?		nein
Gab es Besonderheiten in der aktuellen Schwangerschaft ? Wenn ja, welche?		nein
Hatten Sie schon eine weiterführende Ultraschalluntersuchung (z. B. ETS/NT) oder einen NIPT (Bluttest auf Chromosomenstörung des Feten) in dieser Schwangerschaft? Wenn ja, was und bei wem?		nein
Haben Sie Fragen oder Anmerkungen?		nein