

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 jetzt: _____

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 _____	
	Raucherin	ja, _____ Zig/Tag	nein
Trinken Sie Alkohol in der Schwangerschaft?		regelm. / manchmal / selten	nie
Konsumieren Sie Drogen?		Ja, welche? _____	nein
Haben Sie einen Bluthochdruck?		ja	nein
Wie ist diese Schwangerschaft entstanden?		mit hormoneller Hilfe / Kinderwunschzentrum	spontan
Hatte Ihre Mutter eine Bluthochdruckerkrankung in der Schwangerschaft		ja	nein / unklar
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Welche 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 Ultraschall- untersuchung (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