



1 Patientin

Name				Titel	
Vorname(n)				Geburtstag	
Beruf					
Adresse					
Straße/Nr.					
PLZ	Ort				
Erreichbarkeit					
Telefonnummer					
E-Mail					
Frauenärztin/ Frauenarzt					

2 Aktuelle Schwangerschaft

1. Tag der letzten Periode	Geburtstermin	Größe	Gewicht
Ist es eine Zwillingschwangerschaft?			
<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	wenn ja →	<input type="radio"/> eineiig <input type="radio"/> zweieiig

3 Bisherige Schwangerschaften

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?		Wieviele Kinder haben Sie?			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
In welchen Jahren und in welchen Schwangerschaftswochen haben Sie entbunden?					
Jahr	Woche	Jahr	Woche	Jahr	Woche

Angaben zum Präeklampsie Screening

(Nur im Rahmen des Präeklampsie Screenings ausfüllen.)

Rauchen Sie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Diabetes?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben Sie Bluthochdruck?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben sie Lupus erythematodes?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Haben sie Anti-Phospholipid-Syndrom?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hatten sie in vorherigen Schwangerschaften Präeklampsie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hatten ihre Kinder in vorherigen Schwangerschaften Wachstumschwierigkeiten?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Hatte ihre Mutter Präeklampsie?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind sie spontan schwanger geworden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Sind sie mit künstlicher Befruchtung schwanger geworden?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	wenn ja →	<input type="radio"/> IVF <input type="radio"/> ICSI
Wann wurden die Eizellen entnommen?	<input type="text"/> Datum	
Wurden ihre eigenen Eizellen verwendet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

