



1 Patientin

Name	Titel
------	-------

Vorname(n)	Geburtstag
------------	------------

Adresse

Straße/Nr.

PLZ	Ort
-----	-----

Erreichbarkeit

Telefonnummer

E-Mail

Beruf

Frauenärztin/ Frauenarzt

2 Aktuelle Schwangerschaft

1. Tag der letzten Periode	Geburtstermin	Ihre Größe	Ihr Gewicht
----------------------------	---------------	------------	-------------

Ist es eine Zwillingschwangerschaft? ja nein wenn ja → eineiig zweieiig

3 Bisherige Schwangerschaften

Ihre wievielte Schwangerschaft ist diese?

Wieviele Kinder haben Sie?

In welchen Jahren und in welchen Schwangerschaftswochen haben Sie entbunden?

Jahr	Woche	Jahr	Woche	Jahr	Woche
------	-------	------	-------	------	-------

Angaben zum Ersttrimester Screening

(Nur im Rahmen des Ersttrimester Screenings ausfüllen.)

Rauchen Sie?

ja nein

Haben Sie Diabetes?

ja nein

Haben Sie Bluthochdruck?

ja nein

Haben Sie Lupus erythematodes?

ja nein

Haben Sie Anti-Phospholipid-Syndrom?

ja nein

Hatten Sie in vorherigen Schwangerschaften Präeklampsie?

ja nein

Hatten Ihre Kinder in vorherigen Schwangerschaften Wachstumschwierigkeiten?

ja nein

Hatte Ihre Mutter Präeklampsie?

ja nein

Sind Sie mit künstlicher Befruchtung schwanger geworden?

ja nein

wenn ja →

IVF ICSI

Wann wurden die Eizellen entnommen?

Datum

Wurden Ihre eigenen Eizellen verwendet?

ja nein

