

SS

Schwangerschaftsanamnese

Wie groß sind Sie?

Was war Ihr Gewicht vor der Schwangerschaft?

Wie viel wiegen Sie aktuell?

Rauchen Sie?

Ja

Nein

Wenn ja, wie viel?

Wann war der erste Tag Ihrer letzten Regelblutung?

Wie lang dauerte Ihr Zyklus im Schnitt vom 1. Tag der Periode bis zum nächsten ersten Tag der Periode?

War Ihr Zyklus regelmäßig oder unregelmäßig?

Regelmäßig

unregelmäßig

Gibt es bei Ihnen eine angeborene Erkrankung (z.B: Herzfehler, Nierenfehler, usw.)?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Fragen zu Ihrer jetzigen Schwangerschaft

Ist die Schwangerschaft mit Hilfe einer Kinderwunschbehandlung entstanden?

Ja

Nein

Wenn ja, welche? (z.B: IVF/ICSI/Insemination/Clomiphenstimulation)

Wenn ja, wurden Ihre eigenen Eizellen verwendet?

Ja

Nein

Müssen oder mussten Sie bereits Medikamente in der Schwangerschaft einnehmen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Hatten Sie bereits Fehlgeburten, Eileiterschwangerschaften oder eine Abtreibung?

Ja

Nein

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche?

Wenn ja, wurde ein Schwangerschaftsabbruch durchgeführt, weil ein Kind krank war?

Ja

Nein

Wurde bei Ihnen eine gynäkologische Operation durchgeführt? Wenn ja, bitte ankreuzen.

Ausschabung

Konisation

Kaiserschnitt

Myomentfernung

Wurden bei Ihnen sonstige Operationen durchgeführt?

Haben Sie Kinder geboren?

Ja

Nein

Wenn ja, wie viele und wann?

Sind alle Kinder gesund?

Ja

Nein

War eine vorherige Schwangerschaft von einer Chromosomenerkrankung betroffen?

Ja

Nein

Hatten Sie jemals eine Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung)?

Ja

Nein

Gibt es in Ihrer Familie Frauen, die eine Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung) hatten?

Ja

Nein

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen (z.B: Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen, usw.)?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an rheumatischen Erkrankungen (z.B: Lupus, Antiphospholipidsyndrom)?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Familienanamnese

Wurden in Ihrer Familie Personen mit angeborenen Erkrankungen, Fehlbildungen oder Behinderungen geboren? (Herzfehler, Nierenfehlbildung). Wenn ja, nennen Sie bitte den Verwandtschaftsgrad und die Erkrankung.

Ja

Nein

Gibt es in Ihrer Familie Personen mit Down-Syndrom oder anderen genetischen Erkrankungen? Wenn ja, nennen Sie bitte den Verwandtschaftsgrad und die Erkrankung

Ja

Nein

Wurden in der Familie des Kindesvaters Personen mit angeborenen Erkrankungen, Fehlbildungen oder Behinderungen geboren?

Ja

Nein

Wenn ja, nennen Sie bitte den Verwandtschaftsgrad und die Erkrankung

Sind Sie mit dem Vater Ihres Kindes verwandt? (z.B: Cousin/Cousine)

Ja

Nein