

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_  
 Versicherung: \_\_\_\_\_ Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_  
 Sozialversicherungsnummer: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_  
 Facharzt / Fachärztin: \_\_\_\_\_

Frühere Schwangerschaften und Geburten (Datum, Schwangerschaftswoche, Geburtsgewicht, Geburtsmodus, Besonderheiten):

Hatten Sie in einer vorangegangenen Schwangerschaft eine der folgenden Komplikationen:

Präeklampsie Ja  Nein   
 Schwangerschaftsdiabetes Ja  Nein   
 Sind bei einer früheren Schwangerschaft schon einmal eine Chromosomenstörung, genetische Erkrankung oder Fehlbildungen aufgetreten? Ja  Nein   
 Wenn ja, welche?  
 Leiden Sie an chronischen Krankheiten oder Infektionskrankheiten? Ja  Nein   
 Wenn ja, woran?  
 Nehmen Sie Medikamente? Ja  Nein   
 Wenn ja, welche?  
 Leiden Sie an Allergien? Ja  Nein   
 Wenn ja, woran?  
 Hatten Sie bereits Operationen? Ja  Nein   
 Wenn ja, welche?  
 Gibt es in Ihrer oder der Familie des Kindesvaters vererbare Erkrankungen? Ja  Nein   
 Wenn ja, welche?

Letzte normale Regel: \_\_\_\_\_ Geburtstermin: \_\_\_\_\_

Sind Sie mittels künstlicher Befruchtung schwanger geworden? Ja  Nein   
 Wenn ja:  IVF  ICSI   
                   eigene Eizellen  fremde Eizellen  (Alter der Spenderin: \_\_)  
                   Datum Follikelpunktion:                   Anzahl der eingesetzten Embryonen:  
 Haben Sie eine Hormonbehandlung zur Auslösung des Eisprungs erhalten? Ja  Nein

Ihr aktuelles Gewicht: \_\_\_\_\_ Ihre Größe: \_\_\_\_\_

Rauchen Ja  Nein  Diabetes Ja  Nein   
 Chronische Hypertonie Ja  Nein  Anti-Phospholipid-Syndrom Ja  Nein   
 Systemischer Lupus erythematodes Ja  Nein  Präeklampsie in Familie Ja  Nein

Unterschrift: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_