

Bitte helfen Sie uns, in dem Sie möglichst genaue Angaben zu Ihnen, Ihrer medizinischen Vorgeschichte und Ihrer Schwangerschaft machen. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht.

Persönliches

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	Email:
Beruf:	
Behandelnde/r Frauenarzt/in:	

Fragen zur Schwangerschaft

Erster Tag der letzten Periode:	
Wie war Ihr Zyklus vor der Schwangerschaft ?	☐ regelmässig ☐ unregelmässig
Ist die Schwangerschaft auf natürlichem Weg eingetreten?	☐ ja ☐ nein
Wenn nein:	☐ Ovulationsauslöser ☐ Stimulation
	☐ IVF ☐ ICSI
	Punktionsdatum:
	Transferdatum:
	Anzahl der eingesetzten Embryonen:
Ihr Gewicht vor der Schwangerschaft:	
Ihre Größe in cm:	
Allergien:	
Rauchen Sie?	☐ ja ☐ nein
Trinken Sie Alkohol?	☐ ja ☐ nein
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	
Nehmen Sie seit der Schwangerschaft Medikamente ein (z.B. ASS/Heparin/ Presinol)?	
Hatten Sie Komplikationen in der jetzigen Schwangerschaft, z.B. Blutungen, stationäre Aufenthalte?	
Haben Sie in der Schwangerschaft spezielle Untersuchungen vornehmen lassen (z.B. NIPT Test, Ersttrimesterscreening, diagnostische Punktion)?	

Fragen zu vorangegangene Schwangerschaften und Geburten

Geborene Kinder (Geburtsdatum, Geburtsgewicht, Spontangeburt/Kaiserschnitt)
Fehlgeburten (Schwangerschaftswoche/Komplikationen)
Medizinisch indizierte Schwangerschaftsabbrüche (wenn ja, aus welchem Grund)
Gab es in einer dieser Schwangerschaften Komplikationen (z.B. Präeklampsie, Frühgeburt, Gestationsdiabetes)?

Eigen- und Familienanamnese

Liegen bei Ihnen selbst Erkrankungen vor (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung)?
Gibt es in Ihrer oder in der Familie Ihres Partners genetische Erkrankungen (z.B. angeborene Herzfehler, Entwicklungsauffälligkeiten)?

Datum:

Unterschrift: