

Pränatale Diagnostik Berlin Lichtenberg
Frankfurter Allee 231a, 10365 Berlin, www.pd-bl.de

Pat.-ID:

Fragebogen vor Pränataldiagnostik

Sehr geehrte Schwangere, um möglichst zielgerichtet mit Ihnen in Kontakt zu kommen und einen problemlosen Ablauf der Untersuchung zu erleichtern, bitten wir Sie uns die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Bitte geben Sie uns Folgendes an:

Name: _____ geb.: _____
 Größe: _____ Gewicht vor der Schwangerschaft: _____ aktuell: _____
 Was machen sie beruflich?: _____ Nationalität: _____
 Bitte geben Sie uns Ihre Telefonnummer an: _____
 Bitte geben Sie uns Ihre E-Mail-Adresse an: _____

Wir bitten um Angaben zum **Kindsvater**. Größe: _____ Alter: _____
 Was macht der Kindsvater beruflich?: _____

1. Angaben zur aktuellen Schwangerschaft:

Wann war die letzte Regelblutung: _____

Bitte ankreuzen	Ja	Nein
War der Zyklus regelmäßig?		
Waren Sie in Kinderwunschbehandlung ?		
Hatten Sie eine künstliche Befruchtung?		
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?		
Trinken Sie regelmäßig Alkohol? Wenn ja, wieviel?		

2. Wurden Sie in der aktuellen Schwangerschaft stationär betreut?

Klinik	Grund der Behandlung

3. Angaben zu vorangegangenen Geburten

Jahr	SSW	Gewicht vom Kind	Geburtsmodus (spontan, Kaiserschnitt, Vakuum, Zange, Beckenendlage)	Ist das Kind gesund oder erkrankt? Wenn erkrankt – woran?		
					w	m

BITTE WENDEN !

4. Angaben zu vorzeitig beendeten oder krankhaft verlaufenen Schwangerschaften

	Ja	Nein	Jahr und SSW	Waren Fehlbildungen vorhanden? Wenn ja, welche?
Fehlgeburt(en)?				
Totgeburt(en)?				
Abbrüche?				
Eileiterschwangerschaft?				

5. Angaben zu bisherigen Diagnostikmaßnahmen in der aktuellen Schwangerschaft

Diagnostik	Ja	Nein
Nackenfaltenmessung (NT Screening) ?		
Nackenfaltenmessung mit Blut-Test (PAPP A + β HCG)?		
Nicht-invasive-Bluttests (PraenaTest®,Harmony,-Panorama-Test)		
Fruchtwasseruntersuchung?		
Feindiagnostik in einer anderen Praxis/Klinik?		

6. Allgemeine medizinische Angaben

	Ja	Nein	Wer bzw. welche?
Medikamente in der Schwangerschaft?			
Herzfehler ? (selbst, Partner, Eltern, Geschwister)			
Haben Sie organische Erkrankungen?			
Hatten Sie oder nahe Verwandte Thrombosen?			
Haben Sie oder nahe Verwandte einen Diabetes mellitus?			
Haben Sie oder Ihr Partner oder Verwandte eine genetische Erkrankung? (z.B. Down-Syndrom)			
Haben Sie sonstige Krankheiten oder gynäkologische Erkrankungen? Hatten Sie Operationen?			

Datum:

Unterschrift der Patientin _____

Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit.