

Patientenfragebogen

Persönliche Daten

Name: _____ Tel.: _____
Vorname: _____ Mobil: _____
Geburtstag: _____ Fax: _____
Anschrift: _____ E-Mail: _____
Beruf: _____

Körpergröße: _____ Aktuelles Gewicht: _____

Angaben zum Kindsvater

Name: _____ Tel.: _____
Vorname: _____ Mobil: _____
Geburtstag: _____ E-Mail: _____
Beruf: _____

Körpergröße: _____ Aktuelles Gewicht: _____

Letzte gynäkologische Untersuchung am: _____

Letzter Krebsabstrich (Pap) am: _____ Ergebnis: _____

Regelabstand und -Dauer: _____

Letzte Regel: _____ Voraussichtlicher Entbindungstermin: _____

Konzeption:
Spontan
Sterilitätsbehandlung ja nein
Insemination IVF ICSI Eizellspende (Alter der Spenderin) _____

Besonderheiten/stationäre Aufenthalte während aktueller Schwangerschaft:

Aktuelle Beschwerden:

Frühere Schwangerschaften

Geburtsjahr	SSW	Geburtsmodus	Gewicht	Geschlecht	Besonderheiten
				♀	♂
				♀	♂
				♀	♂
				♀	♂
				♀	♂

	Anzahl	Jahr	SSW	Operation
Fehlgeburten				
Abbruch				
Eileiterschwangerschaften				

Allergien: ja nein
 Alkohol in der Schwangerschaft ja nein
 Zigaretten in der Schwangerschaft ja nein
 Wenn ja, wie viele pro Tag: _____
 Drogenkonsum ja nein
 Wenn ja: _____

Gynäkologische Vorerkrankungen und Operationen:

Zuckerkrankheit ja nein
 Hoher Blutdruck ja nein
 Ansteckende Erkrankungen ja nein
 (Hepatitis, HIV, TBC)

Nichtgynäkologische Erkrankungen und Operationen:

Erkrankungen in der Familie (z.B. hoher Blutdruck, Diabetes, Gerinnungsstörungen):

Medikamente:

Erkrankungen des Kindsvaters:

Datum: _____

Unterschrift: _____