

Fragebogen wiederholte Fehlgeburten

Name, Vorname	<input type="text"/>	E-Mail-Adresse	<input type="text"/>
Geburtsdatum	<input type="text"/>	Beruf	<input type="text"/>
Straße/Hausnr.	<input type="text"/>	Wer ist Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt?	<input type="text"/>
PLZ/Stadt	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Tel. privat	<input type="text"/>	Wer ist Ihre Gynäkologin / Ihr Gynäkologe?	<input type="text"/>
Tel. mobil	<input type="text"/>		<input type="text"/>

Bisherige Schwangerschaften

Monat/ Jahr		Natürliche Geburt (N) oder Kaiserschnitt (K)		Fehlgeburt	Abbruch	Eileiter- schwanger- schaft	In dieser Partner- schaft	Durch Kinderwunsch- behandlung	Komplika- tionen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	N <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	N <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	N <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	N <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	N <input type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

Fehlgeburten

Monat/ Jahr		Schwanger- schafts- woche	Herzaktion nachweisbar		Medikamentöse Behandlung in der Schwangerschaft	Ausschabung	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?

Hatten Sie Unterleibsentzündungen?

ja Wenn ja, seit wann? Wie behandelt? nein

Zyklus- und Hormonanamnese

Wie häufig treten Ihre monatlichen Blutungen aktuell auf?
ca. alle Tage Wochen Monate

Haben Sie Zwischenblutungen/Schmierblutungen?
ja nein

Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft oder Stillzeit,
Austritt von Sekret aus Ihrer Brust bemerkt?
ja nein

Wenn ja, seit wann?
einseitig beidseitig Farbe

Haben Sie eines der folgenden Symptome bemerkt?

Zunahme der Körperbehaarung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Akne	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Verstärkter Haarausfall	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?
ja Wenn ja, wann? nein

Wenn ja, mit welcher Methode?
Ultraschall radiologisch Bluttest

Wie lautet der Befund?

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?
ja nein

Wenn ja, welche Medikamente?

Weitere Anamnese

Haben Sie **Vorerkrankungen**?
ja nein

Welche Vorerkrankungen?

Thrombosen/Lungenembolien	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Hohe Blutfettwerte	<input type="checkbox"/>
Herz/Kreislauf	<input type="checkbox"/>
Nieren/Leber/Lunge	<input type="checkbox"/>
Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>
Infektionen (z. B. Hepatitis, HIV)	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>
Psyche	<input type="checkbox"/>

Andere/Bemerkungen:

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?
ja nein

Wenn ja, welche?

Gewicht (kg)

Größe (cm)

BMI

Haben Sie Allergien?

ja nein

Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

ja nein

Wenn ja, wieviel? Zig./Tag

Trinken Sie Alkohol?

ja nein gelegentlich regelmäßig

Nehmen Sie Drogen?

ja nein gelegentlich regelmäßig

Wenn ja, welche Drogen?

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt?

ja Wenn ja, welche/wann? nein

Operation	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen stationären Krankenhausaufenthalt von mehr als 3 Tagen?

ja nein

Hatten/Haben Sie eine chronische Keimbesiedlung (z. B. MRSA)?

ja nein

Familienanamnese

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen oder andere schwere Leiden?

ja mütterlicherseits (welche?) nein

ja väterlicherseits (welche?) nein

Gibt es in Ihrer Familie ungewollte Kinderlosigkeit, wiederholte Fehlgeburten oder Totgeburten?

ja mütterlicherseits (welche?) nein

ja väterlicherseits (welche?) nein

Angaben zum Partner

Name, Vorname

Geburtsdatum

Leiden Sie an schwerwiegenden Vorerkrankungen, Erbkrankheiten oder Stoffwechselstörungen?

ja nein

Wenn ja, welche Erkrankungen?

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (kg)

Größe (cm)

BMI

Rauchen Sie?

ja nein

Wenn ja, wieviel?

Zig./Tag

Trinken Sie **Alkohol**?

ja nein
gelegentlich regelmäßig

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen stationären Krankenhausaufenthalt von mehr als 3 Tagen?

ja nein

Hatten/Haben Sie eine chronische Keimbesiedlung (z. B. MRSA)?

ja nein

Gibt es in Ihrer Familie wiederholt Fehlgeburten oder Totgeburten?

ja mütterlicherseits (welche?) nein

ja väterlicherseits (welche?) nein