

### Fragebogen wiederholte Fehlgeburten

Name, Vorname

E-Mail-Adresse

Geburtsdatum

Beruf

Straße/Hausnr.

Wer ist Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt?

PLZ/Stadt

Tel. privat

Wer ist Ihre Gynäkologin / Ihr Gynäkologe?

Tel. mobil

### Bisherige Schwangerschaften

Monat/ Jahr	Natürliche Geburt (N) oder Kaiserschnitt (K)		Fehlgeburt	Abbruch	Eileiter- schwanger- schaft	In dieser Partner- schaft	Durch Kinderwunsch- behandlung	Komplika- tionen
	N	K						
	N	K						
	N	K						
	N	K						
	N	K						
	N	K						

Anmerkungen:

### Fehlgeburten

Monat/ Jahr	Schwan- gerschafts- woche	Herzaktion nachweisbar		Medikamentöse Behandlung in der Schwangerschaft	Ausschabung	
		ja	nein		ja	nein
		ja	nein		ja	nein
		ja	nein		ja	nein
		ja	nein		ja	nein
		ja	nein		ja	nein

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            nein

Akne            ja            nein

Verstärkter Haarausfall            ja            nein

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

Bluthochdruck

Hohe Blutfettwerte

Herz/Kreislauf

Nieren/Leber/Lunge

Diabetes (Zuckerkrankheit)

Infektionen (z. B. Hepatitis, HIV)

Migräne

Psyche

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

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

**Rauchen** Sie?

ja    nein

Wenn ja, wieviel?

Zig./Tag

Trinken Sie **Alkohol**?

ja    nein  
gelegentlich    regelmäßig

Leiden Sie an schwerwiegenden Vorerkrankungen, Erbkrankheiten oder Stoffwechselstörungen?

ja    nein

Wenn ja, welche Erkrankungen?

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

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

ja    nein

Wenn ja, welche?

ja    väterlicherseits (welche?)

nein

Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (kg)

Größe (cm)

BMI