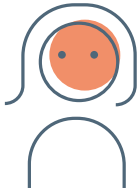




# Fragebogen

## Abortsprechstunde



### Fragen an die Patientin

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Gynäkologe? \_\_\_\_\_



### Bisherige Schwangerschaften

Monat/ Jahr	Geburt (natürlich od. Kaiserschnitt)	Fehl- geburt	Abbruch	Eileiter- schwanger- schaft	in dieser Partner- schaft	durch Kinder- wunsch- behandlung	Komplika- tionen

Anmerkungen \_\_\_\_\_



### Fehlgeburten

Monat/ Jahr	Schwanger- schaftswoche	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? \_\_\_\_\_



## Zyklus- und Hormonanalyse

Ist Ihr Zyklus regelmäßig? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Wie groß ist der Abstand zwischen zwei Blutungen (1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung)? \_\_\_ Tage

Wie viele Tage dauert die Blutung? \_\_\_ Tage

Haben Sie Zwischenblutungen/Schmierblutungen? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Hatten Sie Unterleibsentzündungen? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Wenn ja, wann? \_\_\_ Wie behandelt? \_\_\_\_\_

Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft oder Stillzeit, den Austritt von Sekret aus Ihrer Brust bemerkt? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Wenn ja, einseitig \_\_\_ beidseitig \_\_\_ Farbe \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter folgenden Symptomen

Akne Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Verstärkter Haarausfall Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Zunahme der Körperbehaarung Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_ Wenn ja, wann? \_\_\_

Falls ja, mit welcher Methode? Ultraschall \_\_\_ radiologisch \_\_\_ Bluttest \_\_\_

Mit welchem Ergebnis? unauffällig \_\_\_ auffällig \_\_\_ Falls auffällig, mit welchem Befund? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_ Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_



## Allgemeine Anamnese

Haben Sie Erkrankungen an

Herz \_\_\_ Kreislauf \_\_\_ Nieren \_\_\_ Leber \_\_\_ Lunge \_\_\_ Psyche \_\_\_

Infektionen (z. B. Hepatitis, HIV) \_\_\_ andere \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurden bereits Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?

Nein \_\_\_ Ja \_\_\_ Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Operation	Jahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Hatten Sie andere Operationen? Nein  Ja

Wenn ja, welche und wann?

---

Gewicht \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ m BMI \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Nein  Ja  Wenn ja, welche?

---

Rauchen Sie? Nein  Ja  Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_ Zig./ Tag

Trinken Sie Alkohol? nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)? Nein  Ja

Wenn ja, welche?

---



### *Familienanamnese*

Gibt es in Ihrer Familie wiederholt Fehlgeburten oder Totgeburten?

Nein  Ja

---

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen oder sonstige Erkrankungen? Nein  Ja

Wenn ja, welche?

---



### *Angaben zum Partner*

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Leiden Sie an schwerwiegenden Vorerkrankungen / Erbkrankheiten oder

Stoffwechselstörungen? Nein  Ja  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein? Nein  Ja  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ m BMI \_\_\_\_\_

Rauchen Sie? Nein  Ja  Wenn ja, wie viel? \_\_\_\_\_ Zig./ Tag

Trinken Sie Alkohol? nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

Gibt es in Ihrer Familie wiederholt Fehlgeburten oder Totgeburten?

Nein  Ja

---



## Befunde (vom behandelnden Arzt auszufüllen)

	vorliegend	angefordert
Karyotyp (beider Partner)		
Gerinnungsdiagnostik		
Schilddrüsendiagnostik		
HOMA/ OGTT		
Vaginale Abstriche		
Basishormone		
Chromosomen am Abortmaterial		
Immunologie		
Sonstige		