

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 |
|-----------|------|
| | |
| | |
| | |
| | |

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?

Gibt es in Ihrer Familie wiederholt Fehlgeburten oder Totgeburten?

ja mütterlicherseits (welche?) nein

ja väterlicherseits (welche?) nein

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

ja nein

Wenn ja, welche?

Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (kg)

Größe (cm)

BMI