

Fragebogen: Schwanger

Benutzen Sie bitte diesen Fragebogen „**Schwanger**“, wenn es bei einer bestehenden Schwangerschaft um Medikamente, Erkrankungen oder um eine Impfung geht. Mit einem Sternchen * gekennzeichnete und farblich unterlegte Felder müssen ausgefüllt werden.

Adresse

*Anrede, Titel: _____ *Vorname: _____

*Nachname: _____

Ggf. Fachrichtung: _____

Ggf. Praxis/Klinik: _____

*Straße, Hausnummer: _____

*Postleitzahl: _____ *Ort: _____

Land oder Bundesland: _____

*Telefon mit Vorwahl: _____ – _____

Fax mit Vorwahl: _____ – _____

*E-Mail-Adresse: _____

Patientin

(Als Patientin bitte Name und Vorname wiederholen.)

*Vorname (mindestens Initiale): _____ Anrede, Titel: _____

*Nachname (mindestens Initiale): _____ *Geburtsdatum: _____

* Aktuelle Schwangerschaftswoche: _____ Errechneter Geburtstermin: _____

Medikamente

Bitte listen Sie alle Medikamente mit Behandlungsgrund und Anwendungszeitraum auf, die während oder unmittelbar vor der Schwangerschaft angewendet wurden. Falls eine Therapie geplant ist, geben Sie als Anwendungszeitraum „geplant“ an. Falls Sie die Dosis nicht kennen, geben Sie „unbekannt“ an.

Medikament	Behandlungsgrund	Verabreichungsform z.B. oral (Tablette)	Zeitraum der Anwendung von ... bis ...	Dosis

Raum für konkrete Fragen:

.....

.....

Impfung in der Schwangerschaft nein ja Welche:

Impfstoff (Handelsname):

Impfdatum: Chargennummer:

Nebenwirkungen nach Impfung
(z.B. Rötung, Fieber) nein ja

Details:

.....

Aktuelle Anamnese

Körpergröße in cm: Gewicht zu Beginn der Schwangerschaft in kg:

Folsäure nein ja Handelsname: Einnahme von: bis:

Rauchen nein ja Wie viel und wie lange:

Alkohol nein ja Wie viel und wann (zuletzt):

Drogen nein ja Welche, wie häufig und wann (zuletzt):

Verhütung in die Schwangerschaft hinein nein ja

Handelsname, bis wann:

Kinderwunschbehandlung nein ja

Welche (z.B. Clomifen, IvF) und wann:

Fieber >38,5°C in der Schwangerschaft nein ja

Weitere Erkrankungen, sofern nicht
unter Medikamente erfasst nein ja

Wenn Sie eine der Fragen mit „ja“ beantwortet haben, bitten wir Sie um nähere Informationen, z.B. wann und wie lange welche Erkrankungen auftraten und wie sie ggf. behandelt wurden:

.....

.....

Frühere Schwangerschaften

*Frühere Schwangerschaften nein ja unbekannt

Anzahl (ohne die jetzige):

Davon waren: lebend geborene gesunde Kinder

..... lebend geborene Kinder mit angeborenen Erkrankungen

..... Fehlgeburten

..... Extrauterinschwangerschaften

..... Totgeburten

..... Schwangerschaftsabbrüche

Details zu früheren Schwangerschaften:

.....

.....

Abschicken (Bitte kreuzen Sie eine der folgenden Optionen an und akzeptieren Sie die Datenschutzvereinbarungen.)

*Beratungsoptionen Ich bin leicht und direkt per Telefon unter oben angegebener Nummer erreichbar und bitte um Rückruf. **Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihren Rückruf erwarten, wenn wir Sie innerhalb von 24 Stunden telefonisch nicht erreichen konnten.**

Ich melde mich selber zu den Sprechzeiten Mo-Fr 9:00 – 12:00 Uhr und (außer mittwochs) 13:30 – 16:00 Uhr.

Ich brauche zurzeit keine Beratung, bin aber mit einer späteren Kontaktaufnahme durch das Institut einverstanden.

Ich wurde bereits beraten und reiche hiermit fehlende Angaben nach.

*Datenschutzhinweis **Einverständniserklärung der Schwangeren/Patientin zur Datenverarbeitung:**
Ich bin mit der Übermittlung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Die Informationen unter www.embryotox.de/datenschutz.html zum Datenschutz und zur Verwendung der Daten sowie meine Rechte sind mir bekannt.

Für Ärzte/Fachkreise: Es wird davon ausgegangen, dass mit der Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens Ihre Patientin/Ihr Patient der Übermittlung der personen- und gesundheitsbezogenen Daten zugestimmt hat. Ich werde den Informationsbogen unter www.embryotox.de/datenschutz.html an die Patientin weiterleiten.

*Ort, Datum, Unterschrift: