

Fragebogen: Zurückliegende Schwangerschaft

Bitte benutzen Sie diesen Fragebogen „Zurückliegende Schwangerschaft“, wenn Sie einen Zusammenhang zwischen einem Medikament oder einer Impfung in der Schwangerschaft und Auffälligkeiten bei einem/Ihrem Kind vermuten. Mit einem Sternchen * gekennzeichnete und farblich unterlegte Felder müssen ausgefüllt werden.

Adresse

*Anrede, Titel: _____ *Vorname: _____

*Nachname: _____

Ggf. Fachrichtung: _____

Ggf. Klinik/Praxis: _____

*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: _____

Medikamente

Bitte listen Sie alle Medikamente mit Behandlungsgrund und Anwendungszeitraum auf, die während oder unmittelbar vor der Schwangerschaft angewendet wurden. 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:

.....

Anamnese

(Angaben bezogen auf die jetzt berichtete Schwangerschaft)

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:

Drogen nein ja Welche, wie häufig und wann:

Verhütung in die Schwangerschaft hinein nein ja

Handelsname, bis wann:

Kinderwunschbehandlung nein ja

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

Frühere Schwangerschaften

*Frühere Schwangerschaften nein ja unbekannt

Anzahl (ohne die jetzt berichtete):

Davon waren: lebend geborene gesunde Kinder

..... lebend geborene Kinder mit angeborenen Erkrankungen

..... Fehlgeburten

..... Extrauterinschwangerschaften

..... Totgeburten

..... Schwangerschaftsabbrüche

Details zu früheren Schwangerschaften:

.....

Schwangerschaftsverlauf

(Angaben bezogen auf die jetzt berichtete Schwangerschaft)

Ultraschall unauffällig auffällig

Fruchtwassermenge normal vermindert erhöht

Test auf fetale DNA im mütterlichen Blut nein ja

Fruchtwasserpunktion/Chorionzottenbiopsie nein ja

Bitte Details und ggf. Befunde angeben:

Schwangerschaftsdiabetes nein ja

Präeklampsie (EPH-Gestose/
„Schwangerschaftsvergiftung“) nein ja

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

Weitere Erkrankungen/Infektionen,
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:

.....
.....

Schwangerschaftsausgang

*Errechneter Geburtstermin:

Lebendgeburt

Fehlgeburt/Totgeburt Datum: Schwangerschaftswoche:

Schwangerschaftsabbruch Datum: Schwangerschaftswoche:

Grund für Schwangerschaftsabbruch mütterliche Erkrankung kindliche Auffälligkeiten persönliche Gründe

Bitte ggf. nähere Umstände und Befunde angeben:

.....
.....

Geburt

spontan Kaiserschnitt assistiert/eingeleitet mit:

in Vollnarkose mit Regionalanästhesie (z.B. PDA)

Details:

.....
.....

Kind*Geschlecht: männlich weiblich unbestimmt unbekannt

*Geburtsdatum:

* Schwangerschaftswoche
bei Entbindung:

*Geburtsgewicht in g: Körperlänge in cm: Kopfumfang in cm:

Apgar-Zahl 1\5\10':

pH-Wert (Nabelarterie):

***Auffälligkeiten beim Kind** nein ja unbekannt

Welche und wann diagnostiziert:

Datum der
Krankenhausentlassung
des Kindes:Datum der
Vorsorgeuntersuchung U3: steht noch aus unauffällig auffällig

Körpermaße bei der U3: Gewicht in g: Länge in cm: Kopfumfang in cm:

Details zur U3:

Abschicken

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

- *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: