



Name, Vorname:	Beruf:
Geburtsdatum:	Arbeitgeber:
Adresse:	Familienstand:
	Nationalität:
Telefon privat:	Religion:
Krankenkasse / Kassenummer:	Name Partner:

Eigenanamnese

Internistische Vorerkrankungen:	
Schilddrüsenerkrankung:	Operationen:
Hüftdysplasien:	
Krankheiten in der Familie:	Allergien KM:
	Allergien KV:

Verlauf früherer Schwangerschaften und Geburten Alter _____ ; _____ grav. / _____ para

Anzahl:	Fehlgeburten:		Abbrüche:		
	Jahr	Entbindungsmodus	Gewicht	gesund	gestillt

Frauenarzt _____

Zyklus: _____	LP: _____	ET: _____	ET korrigiert nach frühem US: _____
Zwillings-SS: <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> mono / mono	<input type="checkbox"/> mono / di	<input type="checkbox"/> di / di
Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg / _____ kg	BMI: _____	Medikamente: _____
Pränatale Diagnostik: <input type="checkbox"/> NT	<input type="checkbox"/> CVS/AC/NIPD	<input type="checkbox"/> II. Screening	
<input type="checkbox"/> GDM / Diät	<input type="checkbox"/> GDM / Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> SIH	<input type="checkbox"/> IUGR
Nikotin: _____	Alkohol / Drogen: _____	Nachsorge Hebamme: _____	
Stat. Aufnahme, wann, wo, warum: _____			

Serologie

Blutgruppe, Rh Faktor: _____		OGTT: _____
Antikörpersuchtest (AK)	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
Röteln-HAH-Test <input type="checkbox"/> geimpft	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv, Titer 1: _____
Lues durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
HBs-Antigen SSW: _____	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
HIV durchgeführt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chlamydien	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
Toxoplasmose	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
B-Streptokokken Nachweis	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv
Cytomegalie	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> positiv, Titer 1: _____