

### Fragebogen wiederholte Fehlgeburten

|                |                      |  |                      |
|----------------|----------------------|--|----------------------|
| Name, Vorname  | <input type="text"/> | E-Mail-Adresse                             | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum   | <input type="text"/> | Beruf                                      | <input type="text"/> |
| Straße/Hausnr. | <input type="text"/> | Wer ist Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt?    | <input type="text"/> |
| PLZ/Stadt      | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |
| Tel. privat    | <input type="text"/> | Wer ist Ihre Gynäkologin / Ihr Gynäkologe? | <input type="text"/> |
| Tel. mobil     | <input type="text"/> |  | <input type="text"/> |

### Bisherige Schwangerschaften

| Monat/<br>Jahr       |                      | Natürliche<br>Geburt (N) oder<br>Kaiserschnitt (K) |                            | Fehlgeburt               | Abbruch                  | Eileiter-<br>schwanger-<br>schaft | In dieser<br>Partner-<br>schaft | Durch<br>Kinderwunsch-<br>behandlung | Komplika-<br>tionen      |
|----------------------|----------------------|--|----------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | N <input type="checkbox"/>                         | K <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | N <input type="checkbox"/>                         | K <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | N <input type="checkbox"/>                         | K <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | N <input type="checkbox"/>                         | K <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | N <input type="checkbox"/>                         | K <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>          | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |

Anmerkungen:

### Fehlgeburten

| Monat/<br>Jahr       |                      | Schwanger-<br>schafts-<br>woche | Herzaktion<br>nachweisbar   |                               | Medikamentöse Behandlung<br>in der Schwangerschaft | Ausschabung                 |                               |
|----------------------|----------------------|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>            | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | <input type="text"/>                               | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

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 <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Akne                        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Verstärkter Haarausfall     | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

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          | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck                      | <input type="checkbox"/> |
| Hohe Blutfettwerte                 | <input type="checkbox"/> |
| Herz/Kreislauf                     | <input type="checkbox"/> |
| Nieren/Leber/Lunge                 | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes (Zuckerkrankheit)         | <input type="checkbox"/> |
| Infektionen (z. B. Hepatitis, HIV) | <input type="checkbox"/> |
| Migräne                            | <input type="checkbox"/> |
| Psyche                             | <input type="checkbox"/> |

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                 |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen stationären Krankenhausaufenthalt von mehr als 3 Tagen?

ja  nein

Hatten/Haben Sie eine chronische Keimbesiedlung (z. B. MRSA)?

ja  nein

**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?

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen stationären Krankenhausaufenthalt von mehr als 3 Tagen?

ja  nein

Hatten/Haben Sie eine chronische Keimbesiedlung (z. B. MRSA)?

ja  nein

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