

ANAMNESEBLATT Ersttrimesterscreening

(Parameter zur Risikoberechnung beim Combined Test mit Präeklampsiescreening)

Sehr geehrte Frau!

Wir ersuchen Sie, folgende Angaben wahrheitsgemäß auszufüllen, da diese in die Risikoberechnung im Zuge des Combined Tests miteinfließen:

- Erster Tag der letzten Regelblutung: _____
- Errechneter Geburtstermin laut Eltern-Kind-Pass: _____
- Haben Sie bereits Kinder geboren? ☐ ja ☐ nein

Falls ja: Wieviele? _____

In welcher Schwangerschaftswoche? _____

Von einer Chromosomenstörung betroffene Schwangerschaften? ☐ ja ☐ nein

Kinder mit zu geringem Geburtsgewicht? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie eine Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung)? ☐ ja ☐ nein

- Was ist Ihr Herkunftsland? _____
- Körpergröße in cm: _____
- aktuelles Körpergewicht in kg: _____
- Raucherin: ☐ ja ☐ nein

Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen:

- Diabetes mellitus: ☐ ja ☐ nein
- Hoher Blutdruck: ☐ ja ☐ nein
- Systemischer Lupus erythematoses: ☐ ja ☐ nein
- Antiphospholipid-Syndrom: ☐ ja ☐ nein
- Hatte Ihre Mutter während Ihrer Schwangerschaft eine Präeklampsie? ☐ ja ☐ nein
- Wie ist diese Schwangerschaft entstanden? ☐ spontan ☐ IVF ☐ ICSI ☐ Eizellspende
- Haben Sie für diese Schwangerschaft eine Hormonstimulation erhalten? ☐ ja ☐ nein

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:

Ort, Datum

Unterschrift der Schwangeren