



DR. (HR) TATJANA REIHS  
PRÄNATALMEDIZIN DEGUM II

Martinsplatz 2a  
Kaiserpassage  
53113 Bonn  
Tel 0228 280 93 00  
Fax 0228 280 90 20  
info@praenatal-bonn.com  
www.praenatal-bonn.com

---

## PATIENTENDATEN

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Geburtsland: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Mobil \_\_\_\_\_

eMail: \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Zuweisender Arzt: \_\_\_\_\_

### Angaben zum Vater des Kindes:

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsland \_\_\_\_\_

Vorerkrankungen: \_\_\_\_\_

---

**Angaben zur derzeitigen Schwangerschaft:**

Möchten Sie das Geschlecht des Kindes wissen ? Ja  Nein

Letzte Periode (erster Tag) \_\_\_\_\_

Entbindungstermin der SS (rechnerisch) \_\_\_\_\_

Entbindungstermin der SS (evt. korrigiert) \_\_\_\_\_

Blutgruppe der Mutter \_\_\_\_\_ Rhesus  pos.  neg.

Gewicht vor der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ jetziges Gewicht \_\_\_\_\_

Größe \_\_\_\_\_ Sind Sie Raucherin ?  nein  ja

Bisheriger SS-Verlauf  unauffällig  auffällig

Art der Auffälligkeiten : \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen ein Ersttrimester Screening ( NT Messung / Biochemie)

(SSW 11+0 – 13+6) durchgeführt

nein  ja , wo ? \_\_\_\_\_

Vorausgegangene Untersuchungen / Diagnostik wie z.B. Amniocentese oder Chorionzottenbiopsie

nein  ja, wann ? \_\_\_\_\_ welche \_\_\_\_\_

## GEBURTSHILFLICHE ANAMNESE

Anzahl der Schwangerschaften \_\_\_\_\_ Geburten \_\_\_\_\_

Fehlgeburten (in welchem Jahr ?) \_\_\_\_\_

Totgeburten (in welchem Jahr ?) \_\_\_\_\_

*Bei künstlicher Befruchtung:*

Konzeptionstermin nach

IVF am : \_\_\_\_\_ ICSI am : \_\_\_\_\_

Hormonbehandlung  ja  nein

Einling:  ja  nein

### **Chromosomenstörungen in der Familie ? (z.B. Down Syndrom)**

nein  ja, wer in der Familie : \_\_\_\_\_

Neuralrohrdefekt (Spina bifida = offener Rücken)

nein  ja, wer in der Familie \_\_\_\_\_

### Vorherige Geburten

Geburtsjahr Der Kindes	Gewicht b.d. Geburt	Geschlecht	Ggfls. Komplikationen	SSW bei Geburt

Art der letzten Entbindung:

- Spontan       Kaiserschnitt       vag. Op. (Zange)

Gyn. Operationen ?

(z.B. Bauchspiegelungen, Myomentfernung o.ä.)

---

Nehmen Sie Medikamente ein ? (z.B. Hormone(Schilddrüse),

---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift der Patientin \_\_\_\_\_