

Fragebogen Schwangerschaft für die humangenetische Beratung

| Medizinische Vorgeschichte | Ja | Nein | Notiz |
|--|-----------|-------------|--------------|
| Hatten Sie oder haben Sie zur Zeit irgendeine Krankheit z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Epilepsie, Anämie? | | | |
| Nehmen Sie derzeit verschreibungspflichtigen Medikamente ein? | | | |
| Hatten Sie kürzlich irgendeine Infektionskrankheit? | | | |
| Wann wurden Sie das letzte Mal geröntgt? | | | |
| Wann wurden Sie das letzte Mal operiert? | | | |
| Wurde bei Ihnen schon einmal eine Bluttransfusion vorgenommen? | | | |
| Hatten Sie kürzlich einen Unfall? | | | |
| Hatten Sie schon einmal eine Thrombose? | | | |
| Sind Sie gegen Mumps, Masern und Windpocken geimpft? | | | |
| Hatten Sie schon einmal Herpes? | | | |
| Hatten Sie schon einmal Röteln? | | | |
| Wurde bei Ihnen ein HIV-Bluttest durchgeführt? | | | |
| Wurde bei Ihnen ein Hepatitis-Bluttest durchgeführt? | | | |
| Wurde ein Toxoplasmose-Bluttest durchgeführt? | | | |
| Gynäkologische Vorgeschichte | | | |
| Wie alt waren Sie, als Sie zum ersten Mal Ihre Menstruation einsetzte? | | | |
| Wie lang ist Ihr Zyklus? | | | |
| Wieviele Tage dauert Ihre Periode? | | | |
| Haben Sie die Antibabypille genommen? | | | |
| Welche Verhütungsmethode haben Sie angewendet? | | | |
| Haben/Hatten Sie Schwierigkeiten, schwanger zu werden? | | | |
| Haben Sie während der Periode Schmerzen? | | | |
| Hatten Sie eine Geschlechtskrankheit oder eine Krankheit, die durch den Geschlechtsverkehr übertragen wird? | | | |
| Wurden Sie schon einmal am Unterleib operiert? | | | |
| War ein Befund des Pap-Tests auffällig? | | | |
| Ist wegen des auffälligen Pap-Testes eine Behandlung durchgeführt worden? | | | |
| Waren Sie schon einmal schwanger? | | | |
| Falls ja, wie oft? | | | |
| Haben Sie mit Kaiserschnitt entbunden? | | | |
| Wieviele lebende Kinder haben Sie? | | | |
| Gab es während Ihrer Schwangerschaften und Entbindungen irgendwelche Komplikationen? | | | |
| Hatten Sie jemals eine Bauchhöhlen- oder Eierleiterschwangerschaft? | | | |
| Hatten Sie jemals eine Fehlgeburt? Wenn ja, wann? | | | |
| Haben Sie eine oder mehrere Abtreibungen hinter sich? Wenn ja, wann waren diese und wie wurden sie durchgeführt? | | | |
| Hatten Sie schon einmal eine Frühgeburt? | | | |
| Sind Ihre früheren Babys gesund? | | | |
| Haben Sie Ihre Babys gestillt? | | | |
| Gab es nach den früheren Entbindungen irgendwelche Komplikationen? | | | |
| Fragen zu Ihrer sozialen Situation | | | |
| Sind Sie sportlich? | | | |
| Treiben Sie mindestens zwei- bis dreimal pro Woche Sport? | | | |
| Haben Sie Ihr Idealgewicht? | | | |
| Trinken Sie mehr als zwei Tassen Kaffee pro Tag? | | | |
| Trinken Sie Alkohol? | | | |
| Nehmen Sie freiverkäufliche Medikamente ein? | | | |

| | | | |
|--|--|--|--|
| Rauchen Sie oder Ihr Partner? | | | |
| Nehmen Sie oder Ihr Partner Marihuana, Kokain, Heroin, Amphetamine, Barbiturate oder andere Drogen? | | | |
| Leben Sie in gesicherten familiären Verhältnissen? | | | |
| Leben Sie mit dem Vater des Kindes zusammen? | | | |
| Haben Sie finanzielle Probleme? | | | |
| Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus? | | | |
| Sind Sie während Ihrer Arbeit potenziell gefährlichen Substanzen oder radioaktiver Bestrahlung ausgesetzt? | | | |
| Arbeiten Sie mit kleinen Kindern oder haben Sie häufig Kontakt mit kleinen Kindern? | | | |
| Haben Sie Haustiere? | | | |
| Genetische Vorgeschichte | | | |
| Sind Sie oder der Kindsvater auf genetische Krankheiten untersucht worden? | | | |
| Leidet in Ihrer Familie jemand an Diabetes, Bluthochdruck oder anderen vererbten Krankheiten? | | | |
| Gibt es in Ihrer Familie jemanden mit Zystischer Fibrose, Tay-Sachs-Syndrom, Hämophilie oder ähnlichem? | | | |
| Kommen in Ihrer Familien Mehrlingschwangerschaften vor? | | | |
| Ist jemand in der Familie geistig zurückgeblieben oder hat einen anderen Geburtsschaden? | | | |
| Hatte Ihre Mutter in einer ihrer Schwangerschaften eine Schwangerschaftsvergiftung oder Bluthochdruck? | | | |
| Kommt in Ihrer Familie gehäuft Krebs vor? | | | |
| Fragen zu Ihrer Ernährung | | | |
| Ernähren Sie sich gesund? | | | |
| Wieviele Mahlzeiten essen Sie täglich? | | | |
| Sind Sie Vegetarierin oder machen Sie eine andere Diät? | | | |
| Bekamen Sie bei einer früheren Schwangerschaft eine besondere Diät verordnet? | | | |