

## Fragebogen Schwangerschaft für die humangenetische Beratung

<b>Medizinische Vorgeschichte</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Notiz</b>
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?			
<b>Gynäkologische Vorgeschichte</b>			
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?			
<b>Fragen zu Ihrer sozialen Situation</b>			
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?			
<b>Genetische Vorgeschichte</b>			
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?			
<b>Fragen zu Ihrer Ernährung</b>			
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?			