

Screeningfragebogen



Bitte im Original per Post senden an:
 Bavaria Direktmarketing & Full-Service GmbH
 „Gesund schwanger“
 Industriestraße 1
 82140 Olching/Geiselbullach

| | | |
|--------------------------------|------------------|---------|
| Krankenkasse bzw. Kostenträger | | |
| Name, Vorname des Versicherten | | |
| | | geb. am |
| Kostenträgerkennung | Versicherten-Nr. | Status |
| Betriebsstätten-Nr. | Arzt-Nr. | Datum |

Bitte vom Arzt ausfüllen:

Die Patientin befindet sich heute am Tag Monat Jahr in der + SSW nach der letzten Periodenblutung

1. **Alter** <18 ₁ 18-24 ₂ 25-29 ₃ 30-34 ₄ 35-39 ₅ 40-44 ₆ ≥45 ₇
 2. **Körpergröße** _____ cm **Körpergewicht** (zu Schwangerschaftsbeginn) _____ kg
 3. **Nationalität** Deutsch ₁ Andere ₂
 4. **Schulbildung** (Schuljahre insgesamt) ____ Jahre
 5. **Rauchen bei Diagnose der SS** Ja ₁ Nein ₂
 6. **Sportliche Aktivität** beträgt weniger als 1 Std. pro Woche Ja ₁ Nein ₂
 7. **SS nach Kinderwunschbehandlung** Ja ₁ Nein ₂
 8. **Selbsteingeschätzter Gesundheitszustand**
 - Sehr gut/ gut ₁
 - Zufriedenstellend ₂
 - Weniger gut/schlecht ₃
 9. **Krankheiten in den letzten 12 Monaten**
 - a) Bluthochdruck Ja ₁ Nein ₂
 - b) Diabetes Ja ₁ Nein ₂
 - c) Essstörung/ Bulimie Ja ₁ Nein ₂
 - d) Andere Suchterkrankung Ja ₁ Nein ₂
 - e) Schilddrüsenerkrankung Ja ₁ Nein ₂
 - f) Migräne Ja ₁ Nein ₂
 - g) Scheideninfektionen Ja, eine ₁ Ja, mehrere ₂ Nein ₃
 10. **Akute Vaginalsymptome** Ja ₁ Nein ₂
 11. **Krankenhausaufenthalte** (in den letzten 12 Monaten) Ja ₁ Nein ₂
 12. **Starke familiäre Belastungen** (in den letzten 12 Monaten) Ja ₁ Nein ₂
 13. **Derzeit berufstätig** Ja ₁ Nein ₂ **wenn nein, F 15**
 14. **Starke Arbeitsbelastungen** (in den letzten 12 Monaten) Ja ₁ Nein ₂
 15. **Gynäkologische OP** (jemals) Ja, eine ₁ Ja, mehrere ₂ Nein ₃
 16. **Familiäres Frühgeburtsrisiko** Ja ₁ Nein ₂
 17. **Diabetes bei Eltern oder Geschwistern** Ja ₁ Nein ₂
 18. **Einlingsschwangerschaft** Ja ₁ Nein ₂
 19. **Erste SS** Ja ₁ **wenn ja, Ende**
 Nein ₂ **wenn nein, weiter mit F 20**
 20. **Anzahl der bisher geborenen Kinder** (bitte Zahl eintragen) _____ Kinder keine Kinder
 21. **Schwangerschaftsabbrüche** Ja, einen ₁ Ja, mehrere ₂ Nein ₃
 22. **Frühere Fehlgeburt(en)** (< 23.SSW) Ja, eine ₁ Ja, mehrere ₂ Nein ₃
 23. **Frühere Frühgeburt(en)** (< 37.SSW) Ja, eine ₁ Ja, mehrere ₂ Nein ₃
 24. **Früherer Gestationsdiabetes** Ja ₁ Nein ₂
 25. **Geburt eines Kindes >4500 Gramm** Ja ₁ Nein ₂
 26. **Geburt eines Kindes mit Fehlbildungen** Ja ₁ Nein ₂
 27. **Andere Komplikationen in vorausgegangenem SS** Ja ₁ Nein ₂
- Welche? _____