

Daten der Patientin

Titel	Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Telefon		E-mail Adresse	

Wohnort

Strasse und Hausnummer	PLZ	Ort
Beruf	Arbeitgeber	

Versicherung

Krankenversicherung	Versicherungsnummer
Zusatzversicherung	

Partner/Vater des Kindes

Titel	Vorname	Nachname	Geburtsdatum
Beruf	Erbkrankheiten/chronische Erkrankungen		

Aktuelle Schwangerschaft

Erster Tag der letzten Regel	Zyklusdauer	Zyklus: <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig
Gewicht vor der Schwangerschaft	Größe	Rauchen <input type="checkbox"/> ja - wieviel: Zigaretten/Tag <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> aufgehört - wann:
Alkohol während der Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig - wie viel:		
Wie sind Sie schwanger geworden? <input type="checkbox"/> ohne medizinische Hilfe <input type="checkbox"/> Insemination <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI Datum der Eizellentnahme/Punktion:		

Probleme in dieser Schwangerschaft

Blutungen	<input type="checkbox"/> Ja	In welcher Schwangerschaftswoche:	<input type="checkbox"/> Nein
Wehen	<input type="checkbox"/> Ja	In welcher Schwangerschaftswoche:	<input type="checkbox"/> Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Ja	In welcher Schwangerschaftswoche:	<input type="checkbox"/> Nein
Übelkeit/Erbrechen	<input type="checkbox"/> Ja	In welcher Schwangerschaftswoche:	<input type="checkbox"/> Nein
Andere Probleme			

Erkrankungen der schwangeren Frau

Art der Erkrankung	Jahr	Behandlung/Bemerkungen

Bitte führen Sie hier alle Operationen an, die Sie hatten:

Operation	Jahr	Behandlung/Bemerkungen

Haben Sie Folsäure genommen?

- Nein
 Ja, bereits vor der Schwangerschaft
 Ja, aber erst in der Schwangerschaft

Name des Medikaments und Dosierung:

.....

Frühere Schwangerschaften

Geburtsdatum	Geschlecht m/w	Errechneter Geburtsstermin	Geburts- gewicht	Komplikationen in der Schwangerschaft	Erkrankungen des Kindes	Geburtsort	Art der Geburt

Erkrankungen in der Familie

Gibt es in Ihrer Familie und in der Familie Ihres Partners folgende Erkrankungen:

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------|-------------------------------|
| Behinderte Menschen | <input type="checkbox"/> Ja | Wer: | <input type="checkbox"/> Nein |
| Menschen mit Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> Ja | Wer: | <input type="checkbox"/> Nein |
| Zuckerkrankheit bei Eltern & Geschwister | <input type="checkbox"/> Ja | Wer: | <input type="checkbox"/> Nein |
| Bluthochdruck bei Eltern & Geschwister | <input type="checkbox"/> Ja | Wer: | <input type="checkbox"/> Nein |
| Kinder die spät in der Schwangerschaft oder in der Kindheit verstorben sind | <input type="checkbox"/> Ja | Wer: | <input type="checkbox"/> Nein |

Wir führen die Ultraschalluntersuchung nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und sehr gewissenhaft durch. Trotzdem können mit einer Ultraschalluntersuchung nicht alle kindlichen Erkrankungen erkannt werden.

Unsere Ordination hat keinen Vertrag mit den Krankenkassen (Wahlarztordination). Die Kosten der Untersuchung müssen von der Patientin bezahlt werden. Bitte reichen Sie die Rechnung, die Bestätigung über die Einzahlung und die Zuweisung bei Ihrer Krankenkasse ein, damit diese die Untersuchungskosten zu ihrem Tarif rückerstatten kann. Bitte beachten Sie, dass wir auf die Höhe des rückerstatteten Betrages keinen Einfluss haben.

Für unsere Qualitätskontrolle benötigen wir Daten von Ihrem Kind nach der Entbindung. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie zu, dass wir diese Daten von den weiterbetreuenden Ärzten und Krankenanstalten einholen dürfen. Außerdem bestätigen Sie mit Ihrer Unterschrift, dass das Formular von Ihnen korrekt ausgefüllt wurde und Sie die Aufklärung über die Untersuchung verstanden haben. Wir beantworten gerne Ihre Fragen!

Datum: _____

Unterschrift der Patientin _____