

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 in der + SSW nach der letzten Periodenblutung
 Tag Monat Jahr

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? _____