



- |   | nein                  | ja / welche                 |
|---|-----------------------|-----------------------------|
| 3. Besteht bei Ihnen eine Störung der Blutgerinnung?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 4. Haben Sie eine Allergie?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 5. Erhielten Sie schon eine Bluttransfusion?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 6. Besteht bei Ihnen eine besondere seelische Belastung,<br>z.B. Beruf, Familie?                        | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 7. Bestehen besondere wirtschaftliche Belastung?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 8. Gab es in vorangegangenen Schwangerschaften<br>Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Rhesusfaktor? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 9. Sind Sie zuckerkrank?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| <i>10/11. (Wird von der Ärztin ausgefüllt)</i>  |                       |                             |
| 12. Bestehen bei Ihnen Skelettveränderung (infolge eines Unfalls?)                                      | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| <i>13./14./15. (Wird von der Ärztin ausgefüllt)</i>   |                       |                             |
| 16. Mussten Sie oder ihr Mann sich vorher wegen<br>Kinderlosigkeit behandeln lassen?                    | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 17. Hatten Sie schon einmal eine Frühgeburt<br>(vor Ende der 37. SSW.)?                                 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 18. Hatten Sie schon einmal ein sehr kleines Kind geboren?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 19. Wie viele Schwangerschaften endeten als Abort?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 20. Hatten Sie eine Todgeburt und ein geschädigtes Kind?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 21. Gab es Komplikationen bei vorausgegangenen Entbindungen?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 22. Gab es Komplikationen direkt nach einer Geburt?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 23. Hatten Sie einen Kaiserschnitt?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 24. Hatten Sie eine Operation an der Gebärmutter?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 25. Rasche Schwangerschaftsfolge (weniger als 1 Jahr)?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |
| 26. Andere Besonderheiten?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> _____ |

Datum

Unterschrift