

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
 Tag Monat Jahr 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 vorausgegangen SS Ja ₁ Nein ₂
- Welche? _____