

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

## Teilnahme- und Einverständniserklärung



Bitte im Original per Post senden an:

Bavaria Direktmarketing & Full-Service GmbH  
 „Gesund schwanger“  
 Industriestraße 1  
 82140 Olching/Geiselbullach

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

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

Welche?