

Anlage 9 Screeningfragebogen

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

Screeningfragebogen



Bitte im Original per Post senden an:

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

Bitte vom Arzt ausfüllen:

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

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

Welche? _____