

# 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

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

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