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

Screeningfragebogen

Gesund schwanger

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

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 vorausgegangenen SS ..... Ja ☐1 ..... Nein ☐2

Welche?_____

© 2022 pregive GmbH, Berlin