

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.			Status	
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis			Datum	

FRAGENBOGEN

zum IV-Vertrag "Babyfocus"
(Zum Verbleib in der Patientenakte!)

Allgemeiner Gesundheitszustand

1. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand einschätzen?

- sehr gut
- gut
- zufriedenstellend
- weniger gut
- schlecht

2a. Wurde bei Ihnen jemals eine der folgenden Krankheiten diagnostiziert?

- | | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | Krampfadern | <input type="checkbox"/> |
| Thrombosen | <input type="checkbox"/> | Erhöhte Blutfette | <input type="checkbox"/> |
| Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | Nierenerkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Zuckerkrankheit | <input type="checkbox"/> | Lebererkrankung | <input type="checkbox"/> |
| Krebserkrankung | <input type="checkbox"/> | Magen-Darm-Erkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | Gallensteine | <input type="checkbox"/> |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> |
| Übergewicht | <input type="checkbox"/> | HIV / AIDS | <input type="checkbox"/> |
| Entzündliche Gelenkerkrankungen | <input type="checkbox"/> | | |
| Sonstige Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | | |

2b. Welche gynäkologischen Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt?

(z.B. Konisation, Myomentfernung, Aborte)

- ja , wenn ja, welche und wann? _____
- keine

3. Haben Sie Zahnfleischbluten?

- ja
- nein
- gelegentlich

Wenn ja, sind Sie deshalb in zahnärztlicher Behandlung?

- ja nein

4. Traten in Ihrer Familie oder in der Familie des Kindsvaters Erberkrankungen auf?

- Ja , wenn ja, welche? _____
- nein

5. Wie viele Vaginalinfektionen hatten Sie in den letzten 12 Monaten? _____ (Anzahl)

Rauchen und Drogen

6. Rauchen Sie zurzeit?

- ja , wenn ja wie viele/Tag (< 5 / 5 – 10 / > 10): _____
nein
gelegentlich

7. Haben Sie im letzten Jahr Drogen (Cannabis, Marihuana etc.) zu sich genommen?

- ja , wenn ja, welche und wie häufig? _____
nein
gelegentlich

Beruf

8. Welchen Beruf üben Sie aus?

9. Welche der folgenden Arbeitsbedingungen trifft auf Ihre Arbeit zu?

Körperlich schwere Arbeit

- ja
nein
gelegentlich

Arbeit mit chemischen Stoffen

- ja
nein
gelegentlich

Hohe psychische Belastung

- ja
nein
gelegentlich

Ernährung

10. Trinken Sie täglich Kaffee?

- ja
nein

11. Nehmen Sie Mineralstoffpräparate und / oder Vitaminpräparate zu sich?

- ja , wenn ja, welche? _____
nein

12. Trinken Sie Alkohol?

ja

nein

Wenn **ja**, wie häufig und wie viel Alkohol trinken Sie?

Täglich

2 bis 3 x /Wo.

Gelegentlich

Sport und Reisen

13. Treiben Sie Sport?

ja

nein

Wenn **ja**, wie häufig treiben Sie Sport?

< 1 Stunde pro Woche

1 bis 3 Stunden die Woche

> 3 Stunden die Woche

Welche Sportart/en?: _____

14. Planen Sie eine Fernreise während der Schwangerschaft?

ja , wenn **ja** wann und wohin?

nein

Risiken aus vorherigen Schwangerschaften

15. Hatten Sie bereits eine Fehlgeburt?

ja

nein

Wenn **ja**, wie viele und in welchem Zeitraum? _____

16. Hatten Sie bereits eine Frühgeburt?

ja

nein

17. Hatten Sie bereits eine Totgeburt?

ja

nein

18. Gab es Schwangerschaftsabbrüche?

ja

nein