

Willkommen bei FetoMed

Dieses Formular trägt zu Ihrer optimalen Betreuung bei.

Name, Titel	Name des Partners, Titel
Vorname	Vorname
Adresse	Geburtsdatum
Plz Stadt	Beruf
Land	Tel. Nr.
Tel. Nr.	
Geburtsdatum	
Beruf	
Krankenkasse	→ Sozialversicherungsnummer
Privatversicherung	→ Pol.Nummer
E-Mail Adresse	

Name Ihres Gynäkologen:

Ich bin mit der Befundübermittlung an meinen Gynäkologen einverstanden

**Letzte normale Regel am:**

**Konzeption:**  spontan  Hormonstimulation  IVF  ICSI  Insemination  Eizellspende

Im Falle einer in vitro Fertilisation: Follikelpunktion am: Embryotransfer am:

Wie viel wiegen Sie? kg Wie groß sind Sie? cm

Rauchen Sie?  nein  ja Stück/Tag Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  nein  ja

Leiden sie an einer der folgenden Krankheiten? *Chronische Hypertonie*  nein  ja

*Diabetes Mellitus*  nein  ja →  Typ 1  Typ 2

*Systemischer Lupus erythrematodes*  nein  ja

*Anti-Phospholipid-Syndrom*  nein  ja

**Schwangerschaften (Gesamtzahl) :**

Davon: Lebendgeburten (Jahr/ Schwangerschaftswoche): Gewicht: g

Geburtsmodus bei letzter Schwangerschaft? Vaginal  Kaiserschnitt

Fehlgeburten (Jahr/SSW):

Schwangerschaftsabbrüche (Jahr/SSW):

Eileiterschwangerschaften:

**Schwangerschaftskomplikationen:** *Präeklampsie*  nein  ja *Schwangerschaftsdiabetes*  nein  ja

Präeklampsie – Familienanamnese

Fehlbildungen / chromosomale Erkrankungen in der Vergangenheit / Familie:

Grunderkrankungen / Frühere Erkrankungen / Operationen:

Infektionen / Allergien:

Medikamente:

Gerichtsstandort: Wien

Version 9 – Juni 2019