

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	

Gynäkologe:

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 → Einheiten/Tag _____

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

Diabetes Mellitus nein ja → Typ 1 Typ 2

Systemischer Lupus erythematodes 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: _____

Blutgruppe: _____ **Rhesus:** _____

Grunderkrankungen / Frühere Erkrankungen / Operationen: _____

Infektionen / Allergien: _____

Medikamente: _____

Gerichtsstandort: Wien