

Waren Sie an den folgenden Organen schon einmal schwer erkrankt?

Herz	Ja	Nein
Lunge	Ja	Nein
Leber	Ja	Nein
Nieren	Ja	Nein
Nervensystem	Ja	Nein

Besteht bei Ihnen eine Blutgerinnungsstörung? Ja Nein

Neigen Sie zu Venenentzündungen? Ja Nein

Haben Sie eine Allergie? Ja Nein
Wenn ja, was? _____

Haben Sie schon mal eine Bluttransfusion erhalten? Ja Nein

Besteht bei Ihnen eine besondere seelische Belastung, z.B. in der Familie oder im Beruf? Ja Nein

Bestehen bei Ihnen besondere wirtschaftl. Probleme? Ja Nein

Gab es bei vorangegangenen Schwangerschaften Schwierigkeiten im Zusammenhang mit dem Rhesusfaktor? Ja Nein

Sind Sie zuckerkrank? Ja Nein

Bestehen bei Ihnen Skelettveränderungen? Ja Nein

Sind Sie schnell schwanger geworden? Ja Nein

Hatten Sie schon einmal eine Frühgeburt? Ja Nein
Wenn ja, wieviele Wochen vor dem Termin? _____

Haben Sie schon einmal ein sehr kleines Kind geboren? Ja Nein
Wenn ja, Gewicht? _____

Wieviele Schwangerschaften endeten als Abort? _____
Und wann? _____

Wieviele lebende Kinder haben Sie? _____

Hatten Sie schon einmal eine Totgeburt? Ja Nein
Wenn ja, wann? _____

Haben Sie ein geschädigtes Kind? Ja Nein

Gab es Schwierigkeiten bei vorangegangenen Schwangerschaften? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Hatten Sie schon einmal nach einer Entbindung irgendwelche Komplikationen? Ja Nein
Wenn ja, welche? _____

Wurde bei Ihnen schon mal ein Kaiserschnitt durchgeführt? Ja Nein

Wurde bei Ihnen schon einmal an der Gebärmutter operiert? Ja Nein

Bestehen bei Ihnen Schwangerschaftsfolgen in weniger als einjährigem Abstand? Ja Nein

Andere Besonderheiten? _____

TSH-Wert (Schilddrüsenhormon 15 € Praxis+ weitere Laborkosten)

Es ist bekannt, dass eine Schilddrüsenunterfunktion bei einer bestehenden Schwangerschaft ein Risiko für eine Früh-oder Fehlgeburt darstellen kann.

β-Streptokokkentest für Schwangere (30 € Praxis)

Die Gesundheit Ihres Kindes liegt uns am Herzen! Daher möchten wir Ihnen mit dieser Information einen Bakterien-Schnelltest vorstellen:
Den sogenannten β-Streptokokkenschelltest.

Dieser Test wird mittels eines Abstrichs vom Muttermund entnommen und sucht gezielt nach einer speziellen Bakterienart (nämlich B-Streptokokken). Diese Bakterien sind die häufigste Ursache für schwere Infektionen beim Neugeborenen. Sie können, wenn Sie zum Zeitpunkt der Entbindung im Vaginalsekret vorhanden sind, in 1-2% zu einer Sepsis (Blutvergiftung) des Kindes mit Lungen- und/oder Hirnhautentzündungen und schwerwiegenden Folgen bis hin zu geistiger und körperlicher Behinderung führen.

Leider ist dieser Test nicht Bestandteil der Mutterschaftsrichtlinien im Sinne eines Screenings.

Wir bieten Ihnen daher diesen Test als Privatleistung zwischen der 35. und 37. SSW an.
Zutreffendes bitte unterstreichen.

Ich habe Kenntnis genommen und

- Wünsche den Test
- Wünsche den Test nicht

Datum, Unterschrift der Patientin:

weitere Laboruntersuchungen (20,00€ Praxis + weitere Laborkosten)

In den Flyern die Sie von uns erhalten haben, stehen Einzelheiten zu den jeweiligen Untersuchungen drin.

Toxoplasmose	Ja	Nein
Cytomegalie	Ja	Nein
Parvovirus	Ja	Nein

Zutreffendes bitte einkreisen.

Datum, Unterschrift der Patientin:

Bakterielle Vaginose (5,00€ Praxis)

Die sogenannte bakterielle Vaginose ist ein nachgewiesener Risikofaktor für eine Fehl- oder Frühgeburt.

Diese Untersuchung wird sowohl am Anfang einer Schwangerschaft als auch in der 36. SSW empfohlen.

Leider ist auch dieser Test nicht Bestandteil der Mutterschaftsrichtlinien im Sinne eines Screenings.

Wir bieten Ihnen daher diesen Test als Privatleistung zwischen der 38. und 39. SSW an.
Zutreffendes bitte unterstreichen.

Ich habe Kenntnis genommen und

- Wünsche den Test
- Wünsche den Test nicht

Datum, Unterschrift der Patientin:

Baby-Ultraschall

- 60 € in der 15./16. Woche
zum Nachweis der Herzaktion und Feststellung des Geschlechts

- 60 € in der 35. Woche
zur Wachstumskontrolle , Fruchtwassermenge, Durchblutung, Kindslage zur Geburtsplanung

- Wünsche den Baby-Ultraschall
- Wünsche den Baby-Ultraschall nicht

Datum, Unterschrift der Patientin:

Baby-Ultraschall-Sicherheitspaket (3D-/4D-Ultraschall mit Bildern) zur Wachstumskontrolle und zum Ausschluss Gesichtsdysmorphie

- 3-5x= 200,00€

Ich habe Kenntnis genommen und

- Wünsche den Baby-Ultraschall
- Wünsche den Baby-Ultraschall nicht

Datum, Unterschrift der Patientin: