



|                                                                                                           |                                                     |                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| 17. Haben Sie Allergien?                                                                                  | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> | Wenn ja, gegen welche Medikamente oder Stoffe? |
| .....                                                                                                     |                                                     |                                                |
| 18. Haben Sie schon einmal eine Bluttransfusion bekommen?                                                 | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 19. Besteht bei Ihnen eine psychische oder seelische Belastung?                                           | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 20. Bestehen besondere wirtschaftliche oder soziale Probleme?                                             | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 21. Gab es bei Ihnen schon einmal eine Blutgruppen-Unverträglichkeiten (z. B. Rhesus-Unverträglichkeit)?  | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 22. Sind Sie an Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) erkrankt?                                             | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 23. Sind Sie übergewichtig?                                                                               | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 24. Sind Sie kleinwüchsig (kleiner als 140 cm)?                                                           | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 25. Besteht bei Ihnen eine Besonderheit im Skelett-System (z.B. Beckenverengung)?                         | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 26. Sind Sie jünger als 18 Jahre oder älter als 35 Jahre alt?                                             | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 27. Haben Sie mehr als vier Kinder geboren?                                                               | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 28. Kam diese Schwangerschaft durch Kinderwunschbehandlung (z. B. IVF) zustande?                          | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 29. Hatten Sie schon einmal eine Frühgeburt (vor der 37. Schwangerschaftswoche)?                          | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 30. Haben Sie schon einmal ein Kind unter 2500 Gramm geboren?                                             | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 31. Hatten Sie schon zwei oder mehr Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche?                           | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 32. Hatten Sie schon einmal eine Totgeburt oder ein Kind mit einer Fehlbildung oder einem Geburtsschaden? | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 33. Gab es Schwierigkeiten bei einer vorangegangenen Schwangerschaft?                                     | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| wenn ja, welche? .....                                                                                    |                                                     |                                                |
| 34. Gab es Schwierigkeiten bei einer vorangegangenen Geburt?                                              | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| wenn ja, welche?.....                                                                                     |                                                     |                                                |
| 35. Gab es Schwierigkeiten nach einer vorangegangenen Geburt oder im Wochenbett?                          | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| wenn ja, welche? .....                                                                                    |                                                     |                                                |
| 36. Hatten Sie schon einmal einen Kaiserschnitt?                                                          | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 37. Wurden Sie schon einmal an der Gebärmutter operiert?                                                  | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 38. Liegt die letzte Schwangerschaft weniger als 12 Monate zurück?                                        | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| 39. Gibt es bei Ihnen andere Besonderheiten?                                                              | ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> |                                                |
| wenn ja, welche? .....                                                                                    |                                                     |                                                |