

### Willkommen in der Frauenklinik Tübingen

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen, um einen optimalen Untersuchungsablauf zu ermöglichen. Das persönliche Gespräch ist wichtig und soll durch diesen Fragebogen nicht ersetzt werden. Alle mündlichen und schriftlichen Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Dies gilt selbstverständlich auch für diesen Fragebogen.

Ärztlicher Direktor  
Prof. Dr. med. D. Wallwiener

Calwerstraße 7  
72076 Tübingen  
Tel. 07071/29-8 26 81  
Fax 07071/29- 53 81

Vielen Dank

e-mail: diethelm.wallwiener@med.uni-tuebingen.de  
www.uni-frauenklinik-tuebingen.de

Ihr Frauenklinik-Team

### Persönliche Angaben

Vorname	Name	Geburtsdatum
Telefon Festnetz	Telefon Mobil	Email-Adresse
Krankenkasse	Stationäre Zusatzversicherung	Beruf
Behandelnde Ärzte		

### Vorangegangene Schwangerschaften und Geburten

Anzahl aller bisheriger Schwangerschaften	Anzahl Kinder
Fehlgeburten? Wenn ja, Anzahl und Schwangerschaftswoche	
Schwangerschaftsabbrüche? Wenn ja, Anzahl und Grund	

### Geburten

	Jahr	Schwangerschafts- woche	Junge oder Mädchen?	Gewicht	Normal oder Kaiserschnitt	Gesund?
1. Geburt						
2. Geburt						
3. Geburt						
4. Geburt						

**Universitätsklinikum Tübingen**  
Anstalt des öffentlichen Rechts  
Sitz Tübingen

Geissweg 3 · 72076 Tübingen  
Telefonzentrale (07071) 29-0  
www.medizin.uni-tuebingen.de

Steuer-Nr. 86156/09402  
Ust-ID: DE 146 889 674

**Aufsichtsrat**  
Hartmut Schrade  
(Vorsitzender)

**Vorstand**  
Prof. Dr. Michael Bamberg (Vorsitzender)  
Gabriele Sonntag (Stellv. Vorsitzende)  
Prof. Dr. Karl Ulrich Bartz-Schmidt  
Prof. Dr. Ingo B. Autenrieth  
Jana Luntz

**Banken**  
Baden-Württembergische Bank Stuttgart  
(BLZ 600 501 01) Konto-Nr. 7477 5037 93  
IBAN: DE41 6005 0101 7477 5037 93  
SWIFT-Nr.: SOLADEST

Kreissparkasse Tübingen  
(BLZ 641 500 20) Konto-Nr. 14 144  
IBAN: DE79 6415 0020 0000 0141 44  
SWIFT-Nr.: SOLADES1TUB



Komplikationen in der vorangegangenen Schwangerschaften und Geburten
Wenn ja, Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung) oder Bluthochdruck in den vorangegangenen Schwangerschaften?
Ist eine Präeklampsie (Schwangerschaftsvergiftung) in der Familie bekannt?

***Eigen- und Familienanamnese***

Blutgruppe		Rhesusfaktor
Allergien		Medikamente
Größe	Jetziges Gewicht	Gewicht vor Schwangerschaft
Rauchen Sie?	Wenn ja, wie viel?	Alkohol (j/n/gelegentlich)

Bekannte Krankheiten in Ihrer Vorgeschichte
---

Hatten Sie schon einmal eine Bluttransfusion? Wenn ja, gab es Komplikationen?
---

Operationen
-------------

Bekannte Krankheiten in Ihrer Familie
---------------------------------------

**Jetzige Schwangerschaft**

Letzte Periode	Entbindungstermin
Empfängnis (normal, Stimulation, künstliche Befruchtung z.B. IVF/ICSI)	Bei IVF/ICSI, wann und wo?

Komplikationen in der jetzigen Schwangerschaft, z.B. Gestationsdiabetes (Zucker)
--

Datum und Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Hilfe

Wir kümmern uns so schnell wie möglich um Sie.