

29. Ist bei Ihnen eine Stoffwechselerkrankung wie z.B. Diabetes (Zuckerkrankheit) bekannt? **Wenn ja, seit wann?** ☐Nein ☐Ja
Wenn ja, benötigen Sie Medikamente (z. B. Insulin)? ☐Nein ☐Ja
30. Haben Sie **jemals** tierisches Insulin injiziert? ☐Nein ☐Ja
31. Sind bei Ihnen schwere Komplikationen während dieser Schwangerschaft aufgetreten oder gibt es Hinweise auf Fehlbildungen oder chromosomale Störungen oder schwere Erkrankungen des Ungeborenen/Neugeborenen? ☐Nein ☐Ja
32. Wurde bei Ihnen **jemals** ein auffälliger Befund bei den pränatalen Untersuchungen (Ultraschall, Bluttests, Fruchtwasseruntersuchung,) festgestellt? ☐Nein ☐Ja
33. Akute Infektionen in der Schwangerschaft ☐Nein ☐Ja. Welche? Wann?
34. Hepatitis in der Schwangerschaft ☐Nein ☐Ja. Welche? Wann?
35. In den **letzten 12 Monaten**:
☐ **KEINE Auffälligkeiten**
☐ **oder eins oder mehrere der folgenden Symptome:**
☐ ungewöhnliche Blutungen ☐ Gerinnungsstörungen ☐ Krampf-/Ohnmachtsanfälle ☐ Fieber $\geq 38^{\circ}\text{C}$
☐ Lymphknotenschwellung ☐ Gewichtsverlust ☐ Thrombosen ☐ Durchblutungsstörungen ☐ Husten
☐ nicht schwangerschaftsbedingte Kurzatmigkeit ☐ Herzbeschwerden ☐ Nieren-/Blasenentzündungen
☐ Magen-/Darmerkrankungen ☐ dauerhafte Durchfallerkrankung ☐ Nachtschweiß ☐ Hautveränderungen
☐ starke dauerhafte Kopfschmerzen ☐ Schleimhautveränderungen im Mund ☐ andere
36. Hatten Sie Kinder, die bereits vor dem 10. Lebensjahr an einer schwerwiegenden Erkrankung gestorben sind? ☐Nein ☐Ja
37. Wurden Sie oder der biologische Vater des Kindes adoptiert? ☐Nein ☐Ja
38. Sind Sie und der biologische Vater des Kindes miteinander verwandt? ☐Nein ☐Ja

Sämtliche mit JA beantworteten Fragen bitte erläutern (Art, Datum od. Schwangerschaftswoche, Dauer bzw. Medikamente angeben):

Bitte beachten Sie, dass Sie die Fragen 1-5 erst kurz vor der Entbindung (max. 2 Tage vorher) beantworten können!

* Personen mit einem erhöhten Infektionsrisiko für HIV und Hepatitis sind: intravenös Drogenabhängige, Prostituierte und Sextouristen, Männer die Sexualverkehr mit Männern haben/hatten (MSM), Personen mit häufig wechselnden Intimpartnern, Häftlinge, Personen aus Regionen mit hohem Vorkommen von HIV oder Hepatitis.

Familienanamnese des Neugeborenen

Verwandtschaftsverhältnis zum Neugeborenen

Sind in Ihrer Familie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen aufgetreten?

	NEIN	JA	Mutter (Sie selbst)	Vater (-----des Neugeborenen-----)	Geschwister	Großeltern	Onkel/Tante
1. Tumorerkrankungen / Leukämien / myeloproliferative Erkrankungen	☐	☐	☐	☐	☐	-----	-----
Wenn ja, welche?							
2. Erkrankungen roter Blutzellen							
z. B. ☐ Sichelzellanämie ☐ Thalassämie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Sphärozytose ☐ Fanconi-Anämie ☐ andere Erkrankung							
3. Erkrankungen weißer Blutzellen							
z. B. ☐ SCID ☐ Chron. Granulomatose ☐ andere Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
4. Erkrankungen der Blutplättchen							
z. B. ☐ Glanzmann ☐ Hereditäre Thrombozytopenie	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ andere Erkrankung							
5. Speichererkrankungen							
z. B. ☐ Tay-Sachs ☐ Ataxia teleangiectatica ☐ Gaucher	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
☐ Krabbe ☐ Adrenoleukodystrophie ☐ Metachromatische Leukodystrophie ☐ Mucopolysaccharidose (z. B. Hurler, Hunter, Morquio, Sly) ☐ andere Erkrankung							
6. Genetische Defekte / chromosomale Störungen							
☐ Trisomie ☐ Turner-Syndrom ☐ andere Erkrankung	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
7. Schwere Autoimmunerkrankungen							
z. B. ☐ Lupus erythematodes ☐ Colitis ulcerosa ☐ Morbus Crohn	☐	☐	☐	☐	☐	-----	-----
☐ Rheumatoide Arthritis ☐ Multiple Sklerose ☐ andere Erkrankung							