

**Liebe Eltern und werdende Eltern,**



wir wenden uns heute mit diesem Fragebogen an Sie, um genauere Erkenntnisse zum Krankheitsbild „**Gastroschisis**“ zu erlangen, einer angeborenen Fehlbildung, welche in den letzten Jahren in der Häufigkeit zuzunehmen scheint. Dies zeigen sowohl eigene als auch internationale Beobachtungen. Die Gründe hierfür sowie auch mögliche Ursachen bzw. Risikofaktoren, welche zur Entstehung einer Gastroschisis führen sind weitgehend unbekannt.

Wir bitten Sie, unseren Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Die Fragen betreffen den Zeitraum vor bzw. während der Schwangerschaft mit Ihrem Kind mit Gastroschisis.

Wir erhoffen uns durch Ihre Mithilfe, genauere Hinweise zu Risikofaktoren für die Entstehung einer Gastroschisis zu erhalten.

**Bei Rückfragen stehen wir Ihnen gerne als Ansprechpartner zur Verfügung:**

**Dr. med. J. Hoyer-Schuschke**

**Mail:** [jana.hoyer-schuschke@medizin.uni-magdeburg.de](mailto:jana.hoyer-schuschke@medizin.uni-magdeburg.de)

**Dr. med. S. Pöttsch**

**Mail:** [simone.poetzsch@medizin.uni-magdeburg.de](mailto:simone.poetzsch@medizin.uni-magdeburg.de)

Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt  
Medizinische Fakultät der  
Otto-von-Guericke-Universität  
Leipziger Straße 44, Haus 30  
39120 Magdeburg

Tel.: 0391/ 67 14174

Fax: 0391/ 67 14176

**Web:** <http://www.med.uni-magdeburg.de/fme/zkh/mz/>



## Einige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

Bei manchen Fragen...

⇒ brauchen Sie nur eine der vorgegebenen Antwortmöglichkeiten ankreuzen

**Beispiel:**  ja  nein

Oder: Zahlen in vorgesehene Kästchen einzutragen

**Beispiel:**

⇒ haben Sie die Möglichkeit, eine eigene Antwort zu formulieren.  
Bitte schreiben Sie **deutlich** oder in **BLOCKSCHRIFT!**

⇒ finden Sie zusätzliche Hinweise zum Beantworten der Frage  
**Beispiel:** (Mehrfachnennungen sind möglich)

### und noch etwas...

✦ Lassen Sie sich bitte nicht von der Länge des Fragebogens abschrecken. Ihre Antworten sind für uns um so interessanter, je ausführlicher sie sind.  
Sollten Sie auf eine Frage nicht antworten wollen, so überspringen Sie diese einfach.

✦ Natürlich unterliegen Ihre Angaben dem Datenschutz, werden vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet.

**Vielen Dank für Ihre Mithilfe!**



## **Liebe Eltern und/oder werdende Eltern!**

Um ggf. bei Rückfragen mit Ihnen Kontakt aufnehmen zu können, bitten wir Sie um Angabe einiger persönlichen Daten, welche **für keinen anderen Zweck** als die Auswertung des Gastroschisis- Fragebogens genutzt werden!

Sollten Sie zu einem späteren Zeitpunkt der Auswertung Ihrer Daten nicht mehr zustimmen wollen, so können Sie uns dies **jederzeit ohne Angabe** von Gründen formlos mitteilen.

Falls Sie Ihre Kontaktdaten nicht übermitteln möchten, so bitten wir zumindest um Angabe der **PLZ Ihres Wohnortes, des Geb.-datums Ihres Kindes sowie des Geschlechtes!**

Die Angabe der **Mailadresse**, so vorhanden, wäre ebenfalls hilfreich für eventuelle Rückfragen.

## **Vielen Dank!**

Name/Vorname Ihres Kindes: \_\_\_\_\_

Geb.-datum Ihres Kindes: \_\_\_\_\_

Name Mutter/ Vater: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ und Wohnort \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Angaben**

Tag der Geburt: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Postleitzahl des Wohnortes: \_\_\_\_\_ oder Landkreis/Bundesland: \_\_\_\_\_

dort wohnhaft:  gesamte Schwangerschaft  
 seit der \_\_\_\_ Schwangerschaftswoche  
**bzw.**  
 seit (Datum) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**vorheriger Wohnort bzw. Herkunftsland (wenn Wohnortwechsel während Schwangerschaft):**

Postleitzahl des Wohnortes: \_\_\_\_\_ oder Landkreis/Bundesland: \_\_\_\_\_

**Mutter**

**Vater**

Geburtsjahr: \_\_\_\_\_

Alter zur Geburt des Kindes: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Kind**

**Geschlecht:**  
 1 = männlich  
 2 = weiblich

**Geburtstyp:**  
 1 = Lebendgeborenes  
 2 = Totgeborenes  
 3 = Spontanabort  
 4 = Abortinduktion nach  
medizinischer Indikation\*

**Gestations-  
alter:** \_\_\_\_ vollendete SSW  
**errechneter Geburtstermin:**  
\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

(\* = Schwangerschaft wurde auf Grund der Feststellung der Fehlbildung beendet)

**Mehrling:**  ja Anzahl: \_\_\_\_ Nummer: \_\_\_\_  nein

**Geburtsgewicht:** \_\_\_\_ g **Länge:** \_\_\_\_ cm **Kopfumfang:** \_\_\_\_ cm **Apgar:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Geburtslage:**  
 1 = regelrechte Schädellage  
 2 = regelwidrige Schädellage  
 3 = Beckenendlage  
 4 = Querlage

**Entbindungsmodus:**  
 1 = spontan  
 2 = geplante (=primäre) Sectio (Kaiserschnitt)  
 3 = sekundäre Sectio (= nachdem bereits die Geburt begonnen hatte)  
 4 = Forceps (= „Zangenentbindung“)  
 5 = Vakuum (=Geburt per Saugglocke)

**Geburtsrisiken außer Gastroschisis (z.B. pathologisches CTG, Gestose (hoher Blutdruck, Eiweiß im Urin, „Wasser in den Beinen“), Diabetes in der SS etc.):**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Weitere angeborene Fehlbildung des Kindes außer Gastroschisis ?**

ja

nein

Datum der Feststellung: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

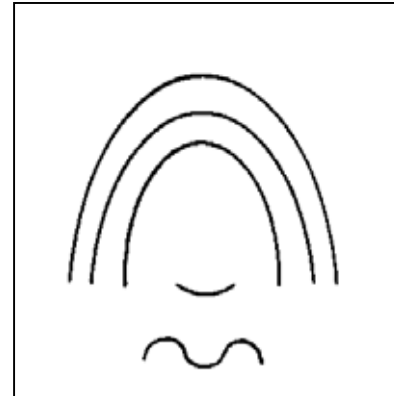
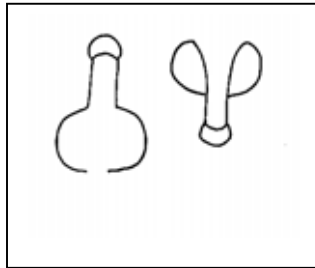
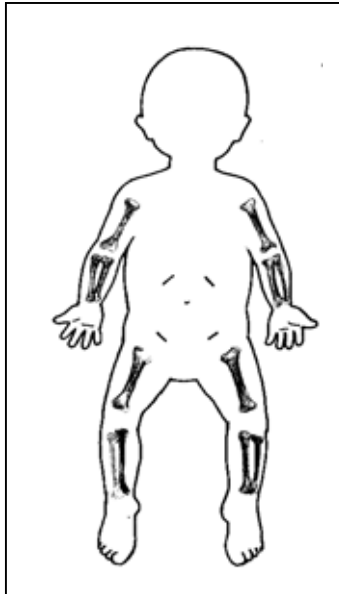
**Diagnosen / Beschreibung (Bei paarigen Organen bitte Seitigkeit angeben!):**

---

---

---

**Entsprechende Fehlbildung(en) bitte einzeichnen / ggf. weitere Erläuterungen:**



---

---

---

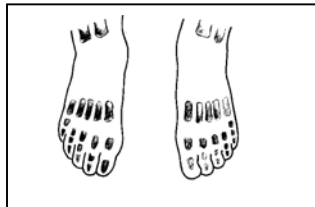
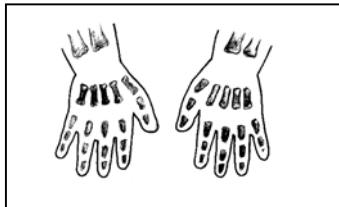
---

---

---

---

---



**Chromosomenuntersuchung nach der Geburt:**  ja

nein

**Befund (z.B. Karyotyp):** **normal**  ja

nein

**Sonstiger Befund:** \_\_\_\_\_

**Pränatale Diagnostik der Gastroschisis / Laparoschisis**

**Diagnosestellung während der Schwangerschaft**     ja                       nein

**In welcher Schwangerschaftswoche?**

**Regelmäßige Ultraschalluntersuchungen:**                       nein                       ja                      Anzahl: \_\_\_\_\_

**Bemerkungen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Sonstige nichtinvasive Pränataldiagnostik:**

**Triple-Test\***                       normal                       pathologisch (Befund)                      \_\_\_\_\_  nicht untersucht

**PAPP-A /  $\beta$ -HCG\***                       normal                       pathologisch (Befund)                      \_\_\_\_\_  nicht untersucht

**AFP\***                       normal                       pathologisch (Befund)                      \_\_\_\_\_  nicht untersucht

**sonstige:** \_\_\_\_\_

**Invasive Pränataldiagnostik:**

**Chorionbiopsie\***                      \_\_\_\_\_ SSW                       nicht untersucht

**Amniozentese\***                      \_\_\_\_\_ SSW                       nicht untersucht

**Nabelschnurpunktion\***                      \_\_\_\_\_ SSW                       nicht untersucht

**Indikation und Ergebnis:**

(\*Erläuterungen zu den Untersuchungen siehe letzte Seite des Fragebogens)

**Ultraschallbefunde Ihres Kindes NACH der Geburt**

**Schädel:**                       normal                       pathologisch (Befund)                       nicht untersucht

**Niere und harnableitendes System:**

rechts:                       normal                       pathologisch (Befund)                       nicht untersucht

links:                       normal                       pathologisch (Befund)                       nicht untersucht

**Hüfte (Typ nach Graf):**                      rechts: \_\_\_\_\_ links: \_\_\_\_\_                       nicht untersucht

**Herz/große Gefäße:**                       normal                       pathologisch (Befund)                       nicht untersucht

**Sonstige Ultraschallbefunde:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Angaben der Mutter zur Schwangerschaft**

regelmäßige Kontrolluntersuchungen:  ja  nein

Körperlänge: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht zu Beginn der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ kg

Gewicht am Ende der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_ kg

**Erkrankungen während der Schwangerschaft und Schwangerschaftsrisiken (z.B. häufiges Erbrechen am Anfang der Schwangerschaft, Infektionen usw.):**

(Angabe der Schwangerschaftswoche)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Eintritt der Schwangerschaft in direkter Folge einer Sterilitätsbehandlung (z.B. künstliche Befruchtung):**

ja       Hormonbehandlung       IVF       ICSI

sonstige (welche): \_\_\_\_\_

nein

**Wissen Sie noch den Tag der letzten Regel vor Schwangerschaftseintritt?** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

**vorausgegangene Schwangerschaften:**

Anzahl gesamt \_\_\_\_\_

Anzahl | Jahr? Welche SSW?

Lebendgeburten

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

Totgeburten

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

Abortinduktionen bei medizinischer

Indikation (\*Erklärung siehe oben S.1)

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

Spontanaborte

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

Abbrüche

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

Eileiter-Schwangerschaft

\_\_\_\_\_|\_\_\_\_\_

**Medikamente vor und während der Schwangerschaft**

**Haben Sie VOR Eintritt der Schwangerschaft explizit folgende Medikamente eingenommen?**

- ASS (Aspirin)  ja  nein
- Paracetamol  ja  nein
- Blutverdünnende Medikamente (z.B. Heparin, Marcumar)  ja  nein
- Blutdrucksenkende Medikamente  ja  nein
- Insulin  ja  nein
- Orale Antidiabetika  ja  nein
- Antiepileptika  ja  nein
- Sonstige  ja  nein

**Bitte geben Sie den Namen sowie die Dosierung der von Ihnen eingenommenen Medikamente an.  
Wann haben Sie diese vor der Schwangerschaft regelmäßig eingenommen?**

---



---

**Bestand eine Dauermedikation bei Eintritt der Schwangerschaft:**  ja  nein

Präparat (auch Vitamine, Eisen, Folsäure, Mineral- u. Naturpräparate)	Dosis  (pro Tag)	Einnahmezeitraum		Einnahmegrund (Erkrankung / Vorsorge)	Ä / S*
		Beginn	Ende		

**Haben Sie IN DEN ERSTEN WOCHEN der Schwangerschaft explizit folgende Medikamente eingenommen?**

- ASS (Aspirin)  ja  nein
- Paracetamol  ja  nein
- Blutverdünnende Medikamente (z.B. Heparin, Marcumar)  ja  nein
- Blutdrucksenkende Medikamente  ja  nein
- Insulin  ja  nein
- Orale Antidiabetika  ja  nein
- Antiepileptika  ja  nein
- Sonstige  ja  nein

**Bitte geben Sie den Namen sowie die Dosierung der von Ihnen eingenommenen Medikamente an.  
Wann haben Sie diese während der Schwangerschaft regelmäßig eingenommen?**

---



---

Sonstige Medikamente während der Schwangerschaft?  ja  nein

Präparat (auch Vitamine, Eisen, Folsäure, Mineral- u. Naturpräparate)	Dosis (pro Tag)	Einnahmezeitraum		Einnahmegrund (Erkrankung / Vorsorge)	Ä / S*
		Beginn	Ende		

Perikonzeptionelle Folsäureprophylaxe<sup>#</sup>:  ja  nein

Präparat	Dosis (pro Tag)	Einnahmezeitraum		Ä / S*
		Beginn	Ende	

\*) Ä = ärztlich verordnet  
S = Selbstmedikation

<sup>#</sup>) Haben Sie ein Folsäurepräparat mindestens 4-6 Wochen vor Eintritt der Schwangerschaft und in den ersten Wochen der Schwangerschaft eingenommen?

**Fragen zur Ernährung VOR der Schwangerschaft**

- **Haben Sie regelmäßig frisches Obst gegessen?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig frisches Gemüse gegessen?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig Vollkornprodukte gegessen?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig Fleisch gegessen?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig Wurst gegessen?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig Milch bzw. Milchprodukte konsumiert?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig Kaffee getrunken?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig schwarzen Tee getrunken?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig Multivitaminsäfte getrunken?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche

**Haben Sie in den letzten 6 Monaten VOR Eintritt der Schwangerschaft eine Diät gemacht?**

ja  nein

**Haben sich Ihre Ernährungsgewohnheiten geändert ab Beginn der Schwangerschaft?**

ja  nein

- mehr  / weniger  Obst
- mehr  / weniger  Gemüse
- mehr  / weniger  Milch- und Milchprodukte
- mehr  / weniger  Fleisch und Wurst
- mehr  / weniger  Kaffee und Schwarzer Tee
- mehr  / weniger  Multivitaminsäfte

**Gab es sonstige Veränderungen?**

---

---

**Fragen zur Ernährung WÄHREND der Schwangerschaft (erste 3 Monate)**

- **Haben Sie regelmäßig frisches Obst gegessen?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig frisches Gemüse gegessen?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig Vollkornprodukte gegessen?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig Fleisch gegessen?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig Wurst gegessen?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig Milch bzw. Milchprodukte konsumiert?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig Kaffee getrunken?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig schwarzen Tee getrunken?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche
- **Haben Sie regelmäßig Multivitaminsäfte getrunken?**  ja  nein  
Wie oft durchschnittlich?  täglich  2-3x/Woche  weniger als 1x/Woche

**Rauchen vor und während der Schwangerschaft**

**Haben Sie VOR Eintritt der Schwangerschaft geraucht?**

ja             nein

- Wie alt waren Sie, als Sie das erste mal geraucht haben? \_\_\_\_\_ J.
- Haben Sie seitdem regelmäßig geraucht?             ja             nein
- Wie viel Zigaretten haben Sie im Durchschnitt **VOR** der Schwangerschaft geraucht? \_\_\_/Tag
- Hat jemand in Ihrem Haushalt regelmäßig geraucht?             ja             nein
- Wie viel Zigaretten im Durchschnitt? \_\_\_\_\_/Tag

**Sonstige Bemerkungen oder Erläuterungen (Zigarettenmarke, z.B. Light):**

---

---

**Haben Sie IN DEN ERSTEN WOCHEN der Schwangerschaft geraucht?**

ja             nein

- Wie viel Zigaretten haben Sie im Durchschnitt geraucht? \_\_\_\_\_/Tag  
Bis zu welcher SSW habe Sie geraucht? \_\_\_\_\_

**Sonstige Bemerkungen oder Erläuterungen (Zigarettenmarke, z.B. Light):**

---

---

**Hat ihr Partner IN DEN ERSTEN WOCHEN der Schwangerschaft geraucht?**

ja             nein

- Wie viel Zigaretten hat Ihr Partner im Durchschnitt geraucht? \_\_\_\_\_/Tag

**Sonstige Bemerkungen oder Erläuterungen (Zigarettenmarke, z.B. Light):**

---

---

**Sonstige Risikofaktoren bei der Mutter I**

**Haben Sie jemals Drogen konsumiert?**

ja  nein

- Wie alt waren Sie, als Sie das erste mal Drogen nahmen? \_\_\_\_\_ J.
- Haben Sie regelmäßig Drogen genommen?  ja  nein
- Um welche Drogen handelte es sich? \_\_\_\_\_
- Haben Sie WÄHREND der Schwangerschaft Drogen genommen?  ja  nein
- Zu welchem Zeitpunkt? \_\_\_\_\_

**Sonstige Bemerkungen oder Erläuterungen:**

---

---

**Fragen zum Alkoholkonsum**

- Haben Sie VOR der Schwangerschaft Alkohol konsumiert?  ja  nein
- Wie oft? 

Täglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1-2x/Woche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
1-2x/Monat	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
_____		
- Haben Sie WÄHREND der Schwangerschaft Alkohol konsumiert?  ja  nein
- Alkohol im 1. Trimenon (ankreuzen) 

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten
<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> öfter
- Alkohol im 2./3. Trimenon (ankreuzen) 

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> selten
<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> öfter

**Sonstige Bemerkungen oder Erläuterungen:**

---

---

## Sonstige Risikofaktoren bei der Mutter II

Unter anderem wird bei der Gastroschisis, eine sogenannte „immunogene“ Ursache diskutiert, d.h. eine „Unreife des mütterlichen Immunsystems“. Diese Hypothese gründet sich auf der Tatsache, dass die Gastroschisis überwiegend bei Kindern sehr junger Mütter auftritt. Hierbei soll z.B. der Wechsel des Sexualpartners bei der Mutter eine Rolle spielen und dabei besteht die Vermutung, dass die Schwangerschaft relativ kurz nach dem ersten Sexualkontakt mit dem jetzigen Kindesvater eingetreten ist. Des Weiteren spielt ggf. auch die Anwendung bestimmter Verhütungsmittel/Kontrazeptiva, wie z.B. des Kondoms eine Rolle.

Im Folgenden sind deshalb einige Fragen zu o.g. Hypothese aufgeführt:

### Bei dem Vater meines Kindes mit Gastroschisis handelt es sich um:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| meinen ersten Sexualpartner                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| meinen zweiten Sexualpartner                      | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Ich hatte bereits mehr als 2 Sexualpartner vorher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

### Zur Verhütung vor Eintritt der Schwangerschaft habe ich Folgendes angewandt:

- |                        |                             |                               |
|------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Kondom                 | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Pille                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Spirale                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Basaltemperaturmethode | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Keine                  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Sonstige               | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

---

**Wie lange hatten Sie ca. vor Eintritt der Schwangerschaft regelmäßigen Sexualkontakt mit dem Kindesvater?**

---

**Angaben zu den Eltern und Familien**

**Blutsverwandtschaft:**       ja (Verwandtschaftsgrad) \_\_\_\_\_  nein

<b>Herkunftsland:</b>	<b>Mutter</b>	<b>Vater</b>
Deutschland	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittel- und Nordeuropa, Nordamerika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelmeerländer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteuropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlerer Osten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Staaten (Welche?)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

**Berufliche Tätigkeit lt. Schlüssel:**      (*unmittelbar vor bzw. am Anfang der Schwangerschaft*)

Hausfrau / -mann	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Ausbildung, Wehrdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohne Berufsausübung, mind. 3 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Un- / angelernte Arbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharbeiter, einf. Beamte, ausführende Angestellte, Kleingewerbetreibende	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittlere, leitende Beamte, Angestellte, Selbstständige ab mittleren Betrieb	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Berufsrisiko lt. Schlüssel (Mehrfachantworten möglich):** (*unmittelbar vor bzw. am Anfang der Schwangerschaft*)

Medizinische Berufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chemische Noxen (Welche?)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Physikalische Noxen (Welche?)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Pädagogische Berufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Landwirtschaftliche Arbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrter Tierkontakt (Welcher?)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____
Sonstiges (Welche?)	<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> _____

**eigene chronische Erkrankungen:**       ja (Welche?)  nein       ja (Welche?)  nein  
 (z.B. Diabetes mellitus, Allergien)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**eigene Fehlbildungen :**       ja (Welche?)  nein       ja (Welche?)  nein

\_\_\_\_\_

**Erkrankungen und Fehlbildungen bei Geschwistern des Kindes:**       ja (Welche?)  nein

1. Kind: \_\_\_\_\_
2. Kind: \_\_\_\_\_
3. Kind: \_\_\_\_\_

**Erkrankungen und Fehlbildungen bei sonstigen Familienmitgliedern:**       ja (Welche?)  nein  
 (mütterlicherseits bzw. väterlicherseits)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Für Kommentare und ausführliche Beantwortungen**

A large rectangular area containing 20 horizontal dotted lines for writing comments and answers.

***Vielen Dank für Ihre Mithilfe!***



Erläuterungen zu „Untersuchungen in der Schwangerschaft“ (Seite 3)

**Sonstige nichtinvasive Pränataldiagnostik:**

- Triple-Test:** Der Triple-Test ist eine **Blutuntersuchung** bei der Schwangeren. Er wird zwischen der 15. und 20. Schwangerschaftswoche (üblicherweise 16.-17. Schwangerschaftswoche) durchgeführt und beinhaltet die Bestimmung von 3 Hormonen: **alpha-Fetoprotein (AFP), freies Estriol (E3), beta-Choriongonadotropin (beta-HCG)**.
- Aus den gemessenen Werten kann bei genauer Kenntnis des Schwangerschaftsalters errechnet werden, ob ein erhöhtes Risiko besteht, dass das ungeborene Kind an einem Down-Syndrom (Trisomie 21, "Mongolismus") oder an einer Spina bifida ("offener Rücken") leidet.
- PAPP-A** Ist übersetzt die Abkürzung für „**Schwangerschafts-assoziiertes Plasma-Protein A**“, wird im Blut der Schwangeren bestimmt; kann bei Erhöhung auf das Vorliegen eines Down-Syndroms hindeuten.
- β-HCG** Ist ein Schwangerschaftshormon (**beta- humanes Choriongonadotropin = beta-HCG**); eine erhöhte Konzentration im Blut der Schwangeren kann ebenfalls auf ein Down-Syndrom hindeuten).
- AFP** Ist ein Eiweißstoff, eine Erhöhung des **alpha-Fetoprotein (AFP)** im Blut der Schwangeren kann auf das Vorliegen einer Fehlbildung beim Kind hindeuten (z.B. offener Rücken)

**Invasive Pränataldiagnostik:**

- Chorionbiopsie** Die Chorionzottenbiopsie kann ab der 11. Schwangerschaftswoche durchgeführt werden. Sie dient der Gewinnung von kindlichen Zellen aus der frühen Plazenta, um sie auf chromosomale Auffälligkeiten zu untersuchen. Dabei werden Zellen des Mutterkuchens mit einer dünnen Kanüle durch die Bauchdecke gewonnen.
- Amniozentese** Bei der Amniozentese oder auch **TAC** wird Fruchtwasser durch die Bauchdecke aus der Fruchtblase entnommen. Es können genetische Untersuchungen durchgeführt werden (Chromosomenbestimmung, Suche nach bestimmten Gendefekten) als auch Zellen für z.B. Stoffwechselltests entnommen werden (z.B. Enzymbestimmungen).
- Nabelschnurpunktion** Bei dieser eher seltener durchgeführten Untersuchung wird direkt Blut aus der Nabelschnur des Kindes entnommen, z.B. um bestimmte Blutwerte zu bestimmen (Gehalt des roten Blutfarbstoffes u.a.)