

- D. Litten Sie in den **letzten 4 Wochen vor Entbindung** an fieberhaften Erkrankungen und/oder an Durchfallerkrankungen unklarer Ursachen? Was ist aufgetreten? Nein Ja
Wenn 'Ja', wie werden/wurden Sie behandelt? _____ Wann? Datum: __. __. ____
- E. Hatten Sie in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** eine Operation oder eine größere Zahnbehandlung? Nein Ja
Wenn 'Ja', welche? _____ Wann? Datum: __. __. ____
- F. Wurden bei Ihnen in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** Endoskopien/Biopsien/Katheteranwendungen mit **Ausnahme der Verwendung von Einmalkathetern** durchgeführt? Nein Ja
Wenn 'Ja', welche? _____ Wann? Datum: __. __. ____
- G. Haben Sie in den **letzten 4 Wochen vor Entbindung** einen Lebendimpfstoff (z. B. Gelbfieber, Typhus, Röteln, Masern, Mumps, Cholera) erhalten? Nein Ja
Wenn 'Ja', welcher Impfstoff, warum? _____ Wann? Datum: __. __. ____
- H. Wurden Sie in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** akupunktiert? Nein Ja
Wenn 'Ja', wann? Datum: __. __. ____
 Wurde die Akupunktur unter **aseptischen Bedingungen mit Einmalnadeln** durchgeführt? Nein Ja
- I. Haben Sie sich in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** einer die Haut oder Schleimhaut verletzenden Maßnahme unterzogen, wie Piercing, Tätowierung, Ohrlochstechen oder kosmetische Behandlung (z. B. Botoxspritzen, Permanent Make-up)? Nein Ja
Wenn 'Ja', was? _____ Wann? Datum: __. __. ____
 Hatten Sie außergewöhnliche Beschwerden? Welche? _____ Nein Ja
- J. Sind Sie in den **letzten 12 Monaten** gegen Tollwut geimpft worden oder erhielten Sie Serum (z. B. gegen Schlangenbisse), Zellen (z. B. Frischzellentherapie) oder Gewebe, Organe oder Organteile tierischen Ursprungs (Xenotransplantate)? Nein Ja
Wenn 'Ja', weshalb, welches Präparat? _____ Wann? Datum: __. __. ____
- K. Sind Sie in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** in Berührung mit Blut einer anderen Person gekommen, z. B. über die Schleimhaut (auch Auge) oder durch Verletzung mit einem Instrument (z. B. Injektionsnadel), das mit Blut verunreinigt war? Nein Ja
Wenn 'Ja', wobei? _____ Wann? Datum: __. __. ____
 Wie sind Sie in Berührung mit dem Blut einer anderen Person gekommen? _____
- L. Haben Sie in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** ein Transplantat humanen Ursprungs, Blutkomponenten oder Plasmaderivate (autolog – Eigen- und allogene – Fremdspende), ausgenommen Humanalbumin, erhalten? Nein Ja
Wenn 'Ja', was haben Sie erhalten? _____ Wann? Datum: __. __. ____
- M. Haben Sie in den **letzten 6 Monaten vor Entbindung** ein Malaria-Endemiegebiet besucht? Nein Ja
Wenn 'Ja', wo (Land/Region): _____
- N. Hatten Sie in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** intimen Kontakt mit Personen, die einer Gruppe* mit **erhöhtem Infektionsrisiko für Hepatitis B, Hepatitis C und/oder HIV** angehören oder zugeordnet werden müssen? Nein Ja
- O. **Gehören Sie einer Gruppe* mit erhöhtem Infektionsrisiko für Hepatitis B, Hepatitis C und/oder HIV an?** Nein Ja
* dieser Gruppe angehörende Personen sind: Drogenabhängige; Männer, die Sexualverkehr mit Männern haben (MSM); heterosexuelle Personen mit sexuellem Risikoverhalten, z. B. Geschlechtsverkehr mit häufig wechselnden Partnern; männliche und weibliche Prostituierte, Häftlinge, Personen nach Haftentlassung innerhalb der letzten 4 Monate, Einwanderer aus Ländern mit hohen Infektionsraten mit diesen Viren
- P. Sind oder waren Sie alkoholkrank, medikamenten- oder rauschgiftabhängig? Nein Ja
Wenn 'Ja', welche? _____ Wann? Datum: __. __. ____
- Q. Erfolgte eine missbräuchliche Einnahme von Medikamenten oder Drogen in der aktuellen Schwangerschaft? Nein Ja
Wenn 'Ja', wie eingenommen? _____ Wann letztmalig? Datum: __. __. ____
- R. Haben Sie sich **kontinuierlich länger als 6 Monate** in einem Gebiet, in dem sich Hepatitis B, Hepatitis C, HIV- oder HTLV I/II-Infektionen (human T-Zell Leukämie-Virus) vergleichsweise stark ausgebreitet haben (z. B. Afrika südlich der Sahara, Südostasien, Südamerika, Karibik), aufgehalten? Nein Ja
Wenn 'Ja': Liegt der letzte Aufenthalt **länger als 4 Monate vor Entbindung** zurück? Nein Ja
 Wo und wie lange? _____ Wann? Datum: __. __. ____
- S. Haben Sie in den **letzten 4 Monaten vor Entbindung** mit einer Person in einem Haushalt gelebt, bei der z. B. Gelbsucht, Hepatitis A, Hepatitis B oder Hepatitis C festgestellt wurde? Nein Ja
Wenn 'Ja', wer ist an welcher Hepatitis erkrankt? _____ Wann? Datum: __. __. ____

- T. Haben Sie sich in den **letzten 4 Wochen vor Entbindung**, auch nur kurzzeitig, in Nord-, Südamerika, Mexiko, Südeuropa, Südosteuropa, Russland oder in Mittelmeerländern aufgehalten (Gefahr einer Infektion mit West-Nil-Virus)? Nein Ja
Wenn 'Ja', wo (Land/Region): _____
 Wann? Von: __. __. ____ bis: __. __. ____
 Bestand bei Ihnen der Verdacht einer Erkrankung und wurde eine Genomtestung durchgeführt? Nein Ja
- U. Haben Sie sich in einem Endemiegebiet für Chikungunya-Fieber (Süd-, Südostasien, China, Saudi-Arabien, Jemen, Afrika, Mauritius, La Réunion, Karibik, Frankreich, Italien, USA, Mittel- und Südamerika, Pazifische Inseln) aufgehalten und sind Sie aus diesem Gebiet **innerhalb der letzten zwei Wochen vor Entbindung** zurückgekehrt? Nein Ja
Wenn 'Ja', wo? _____ Wann? Datum: __. __. ____
- V. Haben Sie sich in einem Endemiegebiet für Zika-Virus-Infektionen (Süd-, Mittelamerika, Karibik, Florida, Kapverden, Senegal, Guinea-Bissau, Kamerun, Gabun, Malediven, Südostasien, Ozeanien, Pazifische Inseln) aufgehalten und sind Sie aus diesem Gebiet **innerhalb der letzten vier Wochen** vor der Entbindung zurückgekehrt? Nein Ja
Wenn 'Ja', wo? _____ Wann? Datum: __. __. ____
- W. Haben Sie sich in den **letzten 4 Wochen vor Entbindung** in einem SARS-Endemiegebiet aufgehalten? Nein Ja
- X. Haben Sie sich in den **letzten 4 Wochen vor Entbindung** in einem anderen von der WHO definierten Endemiegebiet, von dem bereits Übertragungen ausgegangen sind, aufgehalten? Nein Ja
Wenn 'Ja', wo? _____ Wann? Datum: __. __. ____
- Y. Wurden Sie **innerhalb der letzten Monate vor Entbindung** wegen einer Erkrankung ärztlich behandelt? Nein Ja
Wenn 'Ja', welche, womit? _____ Wann? Datum: __. __. ____
- Z. Hatten Sie **innerhalb der letzten Woche vor Entbindung** (bitte beantworten Sie **alle drei** Unterfragen)
 a) einen unkomplizierten Infekt (z. B. Schnupfen, Erkältung, Harnwegsinfekt)? Nein Ja

 b) einen kleinen operativen Eingriff? Nein Ja

 c) eine Zahnextraktion? Nein Ja

3. Familienanamnese

Sind seit dem Ausfüllen des ausführlichen Anamnesefragebogens bei Ihnen, dem Kindsvater oder in der Familie zwischenzeitlich schwerwiegende Erkrankungen festgestellt worden (z. B. bösartige Tumoren/Neoplasien, Leukämie, myeloproliferative Erkrankung, Diabetes, Erkrankung roter Blutzellen, Erkrankung weißer Blutzellen, Erkrankung der Blutplättchen, Speicherkrankheiten, Chromosomenanomalien, schwere Allergien, schweres Asthma, Autoimmunerkrankungen, Erkrankung an oder der Verdacht der Erkrankung an Creutzfeldt-Jakob oder eine Variante dieser Erkrankung oder eine andere TSE)? Nein Ja

Wenn 'Ja', wer und welche Erkrankung? _____