

Sehr geehrtes Patientenpaar!

Bei Ihnen wurde eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt.
Aufgrund gesetzlicher Vorschriften sind wir verpflichtet, Ergebnisberichte in anonymisierter Form über alle in unserem Zentrum erfolgten Behandlungszyklen dem Deutschen IVF-Register (D.I.R.) vorzulegen. Wir bitten Sie deshalb um Ihre Unterstützung!

Bitte legen Sie diesen Fragebogen in Ihren Mutterpass und beantworten Sie uns diesen, gegebenenfalls unter Mithilfe des/der Sie während der Schwangerschaft betreuenden Arztes/Ärztin.

Patientin: _____

Konzeptionsdatum (PU/IUI): _____ **Geburtstermin:** _____

1. Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? Datum: _____

2. Wie viele Fruchtanlagen konnten im Ultraschall nachgewiesen werden.

Datum Ultraschall: _____

in der Gebärmutter: eine zwei

außerhalb der Gebärmutter: keine eine

3. Falls eine Eileiter-Schwangerschaft vorlag, wie wurde diese behandelt?

4. Schwangerschaftsverlauf

normal

spontane Fehlgeburt Datum: _____

induzierter Abort Datum: _____

Falls die Fehlgeburt-/Abortursache bekannt ist, beschreiben Sie bitte:

5. Ist eine vorgeburtliche Untersuchung des Kindes durchgeführt worden (z.B. Fruchtwasseruntersuchung oder Zottenbiopsie)?

Nein

Wenn ja, Datum: _____

Ergebnis: unauffällig

Ergebnis: Auffällig – bitte beschreiben Sie:

6. Wie war der weitere Schwangerschaftsverlauf nach der 20. Schwangerschaftswoche?

- unauffällig auffällig – bitte beschreiben Sie:

Falls stationäre Krankenhausbehandlung nötig war, Anzahl d. Behandlungstage: _____

7. Datum der Geburt: _____

8. Wie war der Geburtsverlauf?

- normal Kaiserschnitt
 Geburtszange Saugglocke Steißlagenentbindung

9. Bitte geben Sie Gewicht und Größe des Kindes/der Kinder an:

1. Kind: Gewicht: _____ g Größe: _____ cm

2. Kind: Gewicht: _____ g Größe: _____ cm

10. Welches Geschlecht hat/haben Ihr/Ihre Kind/er?

1. Kind: weiblich männlich

2. Kind: weiblich männlich

11. Ist Ihr Kind/sind Ihre Kinder gesund, bzw. welche Krankheiten liegen vor?

1. Kind: gesund _____

2. Kind: gesund _____

12. An welchen Arzt könnten wir uns wenden, wenn wir noch weitere Informationen benötigen?

Name: _____

Straße: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Wir sind Ihnen sehr dankbar, wenn Sie trotz aller Ereignisse diesen Fragebogen nicht vergessen und ausgefüllt an uns zurück schicken. Sie helfen dadurch vielen anderen Frauen.

Mit den besten Wünschen
Ihr Praxisteam vom
KINDERWUNSCH BODENSEE