

SCHWANGERSCHAFTSERFASSUNGSBOGEN

Liebe Patientin,

nach der Kinderwunschbehandlung, die wir bei Ihnen durchgeführt haben, ist erfreulicherweise eine Schwangerschaft eingetreten. Am weiteren Verlauf Ihrer Schwangerschaft sind wir sehr interessiert und möchten Sie bitten, uns mit diesem Fragebogen zu informieren.

Sie helfen uns damit, unseren gesetzlichen Vorschriften hinsichtlich einer genauen Datenerfassung nachzukommen und auch in Zukunft Paare möglichst umfassend zu beraten.

Name, Vorname: Geben Sie bitte Ihren Namen an.

Geburtsdatum: Geben Sie bitte Ihr Geburtsdatum an.

Gab es in der Schwangerschaft Probleme? Wenn ja, welche?

	Vorzeitige Wehen / Gebärmutterhalsverkürzung
	Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes)
	Präeklampsie / HELLP (Schwangerschaftsvergiftung)
	Sonstiges Geben Sie bitte die Art des Problems an.
Ihre	Schwangerschaft endete wie folgt:
	Entbindungsdatum
	Normale Geburt
	VE (Saugglocke) oder Geburtszange
	Kaiserschnitt
	Fehlgeburt / Totgeburt in der xx Schwangerschaftswoche
	Datum: Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.
	Schwangerschaftsabbruch
Kind	d 1 □ w □ m Gewicht in g Größe in cm

Wir sind Ihnen sehr dankbar, wenn Sie trotz aller Ereignisse diesen Fragebogen nicht vergessen und an uns zurückschicken, als Scan per E-Mail oder per Post.

Gewicht in g

☐ **krank** Geben Sie bitte die Art der Erkrankung an.

☐ **krank** Geben Sie bitte die Art der Erkrankung an.

Größe in cm

Alles Gute für Sie!
Ihr Team vom Kinderwunschzentrum A.R.T. Bogenhausen

□ gesund

☐ gesund

 \square m

Kind 2 □ w

MVZ FÜR GYNÄKOLOGISCHE ENDOKRINOLOGIE UND REPRODUKTIONSMEDIZIN

AKADEMISCHE LEHRPRAXIS DER TU MÜNCHEN

PROF. DR. MED. DIETER BERG DR. MED. BERND LESOINE DR. MED. BARBARA DE ORIOL DR. MED. STEPHANIE ZIEHR

PRINZREGENTENSTRASSE 69 81675 MÜNCHEN T +49 89 41 42 40 0 F +49 89 41 42 40 11

info@ivf-muenchen.com www.ivf-muenchen.com