



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 1 ☐ w ☐ m Gewicht in g Größe in cm
☐ gesund ☐ krank Geben Sie bitte die Art der Erkrankung an.

Kind 2 ☐ w ☐ m Gewicht in g Größe in cm
☐ gesund ☐ krank Geben Sie bitte die Art der Erkrankung an.

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.

Alles Gute für Sie!

Ihr Team vom Kinderwunschzentrum A.R.T. Bogenhausen