

SCHWANGERSCHAFTS- UND ENTBINDUNGSBOGEN

Name der Frau: _____

Geburtsdatum der Frau: _____

Behandlung:

IVF Mikroinsemination (ICSI) Gefrorene/aufgetaute Eizellen Eizellenspende Insemination

DIE SCHWANGERSCHAFT:

Wurden folgende Untersuchungen bei Ihnen vorgenommen?

a) Eine Fruchtwasserprobe: Ja Nein

b) Eine Chorionzottenbiopsie: Ja Nein

Wenn ja, war das Ergebnis normal? Ja Nein

Wenn die Fruchtwasserprobe/die Chorionzottenbiopsie kein normales Ergebnis hatte, erklären Sie es bitte hier:

Hatte die Schwangerschaft eine Abtreibung zur Folge? Ja Nein

Wenn ja: Abtreibung vor der 12. Woche: Ja Nein

Abtreibung zwischen der 12. und 20. Woche: Ja Nein

Abtreibung zwischen der 20. und 28. Woche: Ja Nein

Gab es eine Schwangerschaft außerhalb der Gebärmutter? Ja Nein

DIE ENTBINDUNG:

Datum der Entbindung: ___/___/___ in _____ Krankenhaus, Land: _____

Junge Mädchen Gewicht: _____ g Körpergröße: _____ cm

In welcher Schwangerschaftswoche haben Sie entbunden? _____

Die Entbindung verlief normal

Die Entbindung wurde eingeleitet

Das Kind wurde durch Kaiserschnitt geboren: Ja Nein

Das Kind wurde mit Vakuum/Zangen geboren Ja Nein

Ist das Kind wohlgestaltet? Ja Nein

Wenn nein, was gibt es für Probleme: _____

Wenn Sie mehr als 1 Kind geboren haben, bitten wir Sie einen Bogen für jedes Kind auszufüllen.
Vielen Dank für Ihre Hilfe – schicken Sie bitte den Bogen an die untenstehende Anschrift.