

Sehr geehrte Patientin,  
bei Ihnen wurde eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt. Aufgrund der gesetzlichen Vorschriften sind wir verpflichtet, den staatlichen Stellen einmal jährlich einen Ergebnisbericht in **anonymisierter** Form über alle in unserem Zentrum erfolgten Behandlungszyklen vorzulegen und bitten Sie deshalb um Ihre Unterstützung. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns, gegebenenfalls unter Mithilfe Ihrer Ärztin/Ihres Arztes während der Schwangerschaft oder in der Geburtsklinik, folgende Fragen beantworten würden:

Ihr Name: \_\_\_\_\_ Ihr Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

(Diese Angaben finden ausschließlich Verwendung zur praxisinternen Information).

**1) Wie viele Fruchtanlagen konnten im Ultraschall nachgewiesen werden?**

in der Gebärmutter \_\_\_\_\_  
außerhalb der Gebärmutter (Eileiterschwangerschaft) \_\_\_\_\_

**2) Wie ist Ihre Schwangerschaft verlaufen?**

unauffällig   
spontane Fehlgeburt   
induzierter Abort   
Komplikationen

Datum \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Welche:  Schwangerschaftsdiabetes

Gestose

Plazenta praevia

vorzeitiger Blasensprung

vorzeitige Plazentalösung

Sonstige: \_\_\_\_\_

**4) Wann wurde Ihr Kind geboren?** \_\_\_\_\_

**5) Wie war der Geburtsverlauf?**

normal  Saugglocke  
 Kaiserschnitt  Geburtszange

**6) Gab es Komplikationen bei der Geburt?**

Nein   
Ja  Welche: \_\_\_\_\_

**7) Welches Geschlecht hat Ihr Kind/haben Ihre Kinder (bei Zwillingen oder Drillingen) und wie hoch war das Geburtsgewicht (bitte nur Kinder mit dem Geburtsdatum unter Punkt 4 angeben, keine früheren Kinder)?**

1. Kind: weiblich  männlich  Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_  
2. Kind: weiblich  männlich  Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_  
3. Kind: weiblich  männlich  Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_

**8) Ist Ihr Kind/Sind Ihre Kinder gesund bzw. welche Krankheiten liegen vor?**

1. Kind: \_\_\_\_\_ 2. Kind: \_\_\_\_\_ 3. Kind: \_\_\_\_\_

**9) Wenn der sehr seltene und bedauernde Fall einer Fehlbildung beim Kind vorliegt, könnte diese näher erklärt werden?**

1. Kind: \_\_\_\_\_ 2. Kind: \_\_\_\_\_ 3. Kind: \_\_\_\_\_

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an uns zurück. Sie helfen dadurch vielen anderen Frauen. Mit Dank im Voraus für Ihre Bemühungen und den besten Wünschen

Ihr Praxisteam