

7. Dokumentenverzeichnis

Datei: M:\Kinderwunschzentrum QM Handbuch\7 Dokumentenverzeichnis\7.7 interne
Formulare\Mappen IVF_ICSI\Rückmeldung Schwangerschaftsverlauf nach
Kinderwunschbehandlung.doc



Kinderwunschzentrum



Dr. med. Jürgen Krieg

Emailfabrikstr. 15
92224 Amberg
Tel: 09621 769370
Fax: 09621 9601612
e-mail: info@dr-krieg.de

Rückmeldung Schwangerschaftsverlauf

Bitte in den Mutterpass einlegen und nach der Geburt oder dem Schwangerschaftsende ggf. durch den Arzt ausgefüllt (bitte auch zutreffendes ankreuzen) an die Praxis zurücksenden. Vielen Dank!

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Schwangerschaft aus:

Punktion Kryo-ET : Transferdatum _____

Abort Datum des Abortes _____

Abbruch Datum des Abbruchs _____

Einling Fruchthöhle Herzaktivität
 Zwilling **Kind 1:** Fruchthöhle Herzaktivität
Kind 2: Fruchthöhle Herzaktivität
 Drilling **Kind 1:** Fruchthöhle Herzaktivität
Kind 2: Fruchthöhle Herzaktivität
Kind 3: Fruchthöhle Herzaktivität

Komplikationen während der Schwangerschaft mit Angabe der Schwangerschaftswoche

keine unbekannt Hellp-Syndrom SS-Diabetes
 Blutungen Gestose vorzeitige Plazentaablösung
 drohende Frühgeburt Plazenta praevia drohende Frühgeburt vorzeitige Wehen
 vorzeit. Blasensprung Amn. Infekt. Syndrom drohende Frühgeburt
 IUGR (kindl. Wachstumsretardierung) Sonstiges _____

Datum der Geburt _____ SSW _____

Entbindungsart

vaginal/spontan vaginal (Zange, Saugglocke) Sectio (Kaiserschnitt) BEL vaginal

	Kind 1	Kind 2	Kind 3
Geschlecht	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.
Geburtsgewicht	_____	_____	_____
Größe	_____	_____	_____

Zustand des Kindes	<input type="checkbox"/> unauffällig/gesund	<input type="checkbox"/> unauffällig/gesund	<input type="checkbox"/> unauffällig/gesund
	<input type="checkbox"/> Intensivtherapie	<input type="checkbox"/> Intensivtherapie	<input type="checkbox"/> Intensivtherapie
	<input type="checkbox"/> Totgeburt	<input type="checkbox"/> Totgeburt	<input type="checkbox"/> Totgeburt

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Wir wünschen Ihnen weiterhin alles Gute!
Ihr Team der Kinderwunschpraxis!

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr. Krieg	Geändert durch: Kopp
Datum: 29.05.2012	Datum: 21.08.18	Datum: 20.08.18