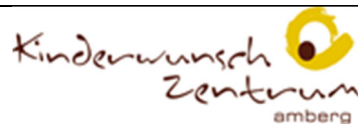


Interne Formulare

Datei:Q:\Interne Formulare\Kiwu\Mappen IVF_ICSI\Rückmeldung Schwangerschaftsverlauf nach Kinderwunschbehandlung Version 5.docx



Emailfabrikstr. 15
92224 Amberg
Tel: 09621 769370
Fax: 09621 9601612
e-mail: anmeldung@kiwuamberg.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:

Insemination Puktion Kryo-ET : Datum Transfer/Insemination _____

Abort Datum des Abortes _____

ET nach Konzeption: _____

Abbruch Datum des Abbruchs _____

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Einling | Fruchthöhle <input type="checkbox"/> | Herzaktivität <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Zwilling | Kind 1: Fruchthöhle <input type="checkbox"/> | Herzaktivität <input type="checkbox"/> |
| | Kind 2: Fruchthöhle <input type="checkbox"/> | Herzaktivität <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> Drilling | Kind 1: Fruchthöhle <input type="checkbox"/> | Herzaktivität <input type="checkbox"/> |
| | Kind 2: Fruchthöhle <input type="checkbox"/> | Herzaktivität <input type="checkbox"/> |
| | Kind 3: Fruchthöhle <input type="checkbox"/> | Herzaktivität <input type="checkbox"/> |

Komplikationen während der Schwangerschaft mit Angabe der Schwangerschaftswoche

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine | <input type="checkbox"/> SS-Diabetes | <input type="checkbox"/> vorzeitige Wehen |
| <input type="checkbox"/> Blutungen | <input type="checkbox"/> Präeklampsie | <input type="checkbox"/> Hellp-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> drohende Frühgeburt | <input type="checkbox"/> Plazenta praevia | <input type="checkbox"/> vorzeitige Plazentaablösung |
| <input type="checkbox"/> vorzeit. Blasensprung | <input type="checkbox"/> Amn. Infekt. Syndrom | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |
| <input type="checkbox"/> IUGR (kindl. Wachstumsretardierung) | | |

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!

MVZ Gynäkologisches Zentrum Amberg-Sulzbach GmbH, (HRB 5715-AG Amberg, GF Dr. med. Jürgen Krieg),
Hauptsitz: Emailfabrikstr. 15, 92224 Amberg

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr. Krieg	Geändert durch: Maxa	Version 5
Datum: 29.05.12	Datum: 10.03.2026	Datum: 10.03.2026	