

# Geburtsbericht

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Dr. Fischer                       Dr. Löbbbecke  
 Dr. Boppert                       Hr. Meyer

Therapie:  IVF  ICSI  TESE  KRYO-ATZ  Insemination  Ovar. Stimulation  PKD  PID

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Dat.: \_\_\_\_\_

Fruchtanlage laut Ultraschall in der Frühschwangerschaft: \_\_\_\_\_

Eileiterschwangerschaft:  Nein  Ja

Fehlgeburt:  Nein  Ja: Datum: \_\_\_\_\_ oder SSW: \_\_\_\_\_

## Komplikationen in der Schwangerschaft

Nein  Ja:

**Beispiele:**  Blutungen  Schwangerschaftsdiabetes  Fruchtwasserabgang  
 Vag. Infektion  Amnion-Infektions-Syndrom  Fieber

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Entbindungsdatum: \_\_\_\_\_

Entbindungsart:  vaginal  Saugglocke  Zange  Kaiserschnitt

## Komplikationen während der Geburt (z.B. vorzeitiger Blasensprung/Wehen, Gestose, HELLP-Syndrom)

Nein  Ja: welche: \_\_\_\_\_  
Behandlungsmaßnahmen: \_\_\_\_\_

### 1. Kind, Daten:

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Fehlbildungen  Nein  Ja:

welche: \_\_\_\_\_

Totgeburt

kurz nach der Geburt verstorben, Datum: \_\_\_\_\_ Ursache: \_\_\_\_\_

### 2. Kind, Daten:

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Fehlbildungen  Nein  Ja:

welche: \_\_\_\_\_

Totgeburt

kurz nach der Geburt verstorben, Datum: \_\_\_\_\_ Ursache: \_\_\_\_\_

### 3. Kind, Daten:

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Fehlbildungen  Nein  Ja:

welche: \_\_\_\_\_

Totgeburt

kurz nach der Geburt verstorben, Datum: \_\_\_\_\_ Ursache: \_\_\_\_\_

**Bitte Fotokopien der U1 und U2 des Kindes / der Kinder beifügen.**