Geburtsbericht

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

FERTILITY CENTER HAMBURG

☐ **Dr. R. Fischer** ☐ **Dr. K. Löbbecke** ☐ **Dr. H. Boppert**
☐ **Dr. T. Lindig** ☐ **T. 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:

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