



Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Wir sind Ihnen sehr dankbar, wenn Sie trotz aller Ereignisse diesen Fragebogen nicht vergessen.

An Kinderwunschpraxis
Dres. med. Inés und Ulrich Göhring
Hagellocher Weg 63

72070 Tübingen

Tel. 07071-94 663-0
Fax. 07071-94 663-99
info@kinderwunschpraxis.com

.....
Name, Vorname Frau

.....
Geburtsdatum

.....
Postleitzahl

.....
Ort, Strasse

Feststellung der Schwangerschaft Datum:

HCG-Wert bei positivem Test _____ mU/ml, festgestellt am Datum:

Schwangerschaftsverlauf

- Problemlos
- Spontane Fehlgeburt Datum:
- Eingeleitete Fehlgeburt Datum:
- Eileiterschwangerschaft (Extrauterine Gravidität / EUG)
- Sonstiges

Tatsächlicher Geburtstermin Datum:

Wie war der Geburtsverlauf

- Normal (vaginal spontan)
- Vaginal operativ (Saugglocke, Geburtszange)
- Kaiserschnitt (Sectio)
- Beckenendlage/Steißlage bzw. Sonstiges:

Geschlecht / Größe /Gewicht Ihrer Kinder ?

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| 1. Kind | 2. Kind |
| <input type="checkbox"/> Mädchen | <input type="checkbox"/> Mädchen |
| <input type="checkbox"/> Junge | <input type="checkbox"/> Junge |
| Größe: cm | Größe: cm |
| Gewicht:g | Gewicht:g |

Ist Ihr Kind gesund bzw. welche Krankheiten liegen vor? Können Sie diese näher beschreiben ?

Kind 1:

Kind 2:

Babygalerie 😊: Wir freuen uns sehr über Kinder-Fotos für unsere Homepage „Babygalerie“. Bitte schicken Sie diese an **babyfoto@kinderwunschpraxis.com** (Bitte geben Sie, falls gewünscht, den Vorname an).