



## 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 ?

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <b>1. Kind</b>                   | <b>2. Kind</b>                   |
| <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).