



## DIR-Schwangerschaftsfragebogen

Bitte in den Mutterpass einlegen und nach der Geburt oder dem Schwangerschaftsende ggf. durch den Arzt ausgefüllt (bitte auch zutreffendes ankreuzen) an die Gemeinschaftspraxis zurücksenden. Vielen Dank!

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ evtl. Patienten(Apris)nummer \_\_\_\_\_

**Schwangerschaft aus:** Punktion  Kryo-ET  : **Transferdatum** \_\_\_\_\_

**biochemisch**  **extrauterin (EU)**  **Abort** Datum des Aborts \_\_\_\_\_

**Abbruch** Datum des Abbruchs \_\_\_\_\_

**Einling** Fruchthöhle  Herzaktivität

**Zwilling** **Kind 1:** Fruchthöhle  Herzaktivität  **Kind 2:** Fruchthöhle  Herzaktivität

**Drilling** **Kind 1:** Fruchthöhle  Herzaktivität  **Kind 2:** Fruchthöhle  Herzaktivität

**Kind 3:** Fruchthöhle  Herzaktivität

**Pränatale Diagnostik** (=Fruchtwasseruntersuchung): ja  nein

Ergebnis: unauffällig  auffällig  \_\_\_\_\_

**Komplikationen** während der Schwangerschaft mit Angabe der Schwangerschaftswoche

- keine  unbekannt  
 Blutungen  Gestose  HELLP-Syndrom  SS-Diabetes  
 drohende Frühgeburt  Plazenta praevia  vorzeitige Plazentaablösung  
 vorzeit. Blasensprung  Amn.Infekt.Syndrom  drohende Frühgeburt  vorzeitige Wehen  
 IUGR (kindl. Wachstumsretardierung)  Sonstiges \_\_\_\_\_

Krankenhausaufenthalt während der Schwangerschaft: ja  nein

Falls ja: wie viele Tage: \_\_\_\_\_ in Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_\_

**Datum der Geburt:** \_\_\_\_\_  Normalgeburt (ab 36. SSW)  Frühgeburt (vor der 36. SSW)

### Entbindungsart

vaginal/spontan  vaginal (Zange, Saugglocke)  Sectio (Kaiserschnitt)  BEL vaginal

	<b>Kind 1</b>	<b>Kind 2</b>	<b>Kind 3</b>
<b>Geschlecht</b>	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.	<input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> weibl.
<b>Geburtsgewicht</b>	_____	_____	_____
<b>Größe</b>	_____	_____	_____

<b>Zustand des Kindes</b>	<input type="checkbox"/> unauffällig/gesund <input type="checkbox"/> Intensivtherapie <input type="checkbox"/> Totgeburt	<input type="checkbox"/> unauffällig/gesund <input type="checkbox"/> Intensivtherapie <input type="checkbox"/> Totgeburt	<input type="checkbox"/> unauffällig/gesund <input type="checkbox"/> Intensivtherapie <input type="checkbox"/> Totgeburt
---------------------------	--	--	--

**Fehlbildungen**  keine  ja, welche \_\_\_\_\_

Tod nach Geburt: Datum: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit! Wir wünschen Ihnen weiterhin alles Gute! Ihre Gemeinschaftspraxis!**