



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

Zwillig 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

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

Zustand des Kindes	Kind 1	Kind 2	Kind 3
<input type="checkbox"/> unauffällig/gesund	<input type="checkbox"/> unauffällig/gesund	<input type="checkbox"/> unauffällig/gesund	<input type="checkbox"/> unauffällig/gesund
<input type="checkbox"/> Intensivtherapie	<input type="checkbox"/> Intensivtherapie	<input type="checkbox"/> Intensivtherapie	<input type="checkbox"/> Intensivtherapie
<input type="checkbox"/> Totgeburt	<input type="checkbox"/> Totgeburt	<input type="checkbox"/> Totgeburt	<input type="checkbox"/> Totgeburt

Fehlbildungen keine ja, welche _____

Tod nach Geburt: Datum: _____ Grund: _____

Ort / Datum

Name in Druckbuchstaben

Unterschrift