

Rückmeldung Schwangerschaftsverlauf und Geburt

Wir möchten Sie bitten folgendes Formular ausgefüllt an folgende Adresse oder per E-Mail (info@kinderwunschfleetinsel.de) zurückzusenden:

Kinderwunsch Praxisklinik Fleetinsel
Admiralitätstraße 4
20459 Hamburg

Name, Vorname der Mutter:
geboren am:

Schwangerschaftsverlauf:

- problemlos
- spontane Fehlgeburt Datum: ____/____/____
- eingeleiteter Abbruch Datum: ____/____/____
- Eileiterschwangerschaft Datum: ____/____/____
- Sonstiges: _____

Geburt am : _____ spontan Sectio Geburtszange
 Saugglocke Steißlagentbindung

Kind gesund ja nein männlich weiblich

Name: _____ Gewicht: _____g Größe: _____ cm

Besonderheiten z.B. bei Erkrankung des Kindes: _____

Zwillings-/Drillingsschwangerschaften:

Geburt 2. Kind am : _____ spontan Sectio Geburtszange
 Saugglocke Steißlagentbindung

Kind gesund ja nein männlich weiblich

Name: _____ Gewicht: _____g Größe: _____ cm

Besonderheiten z.B. bei Erkrankung des Kindes: _____

Geburt 3. Kind am : _____ spontan Sectio Geburtszange
 Saugglocke Steißlagentbindung

Kind gesund ja nein männlich weiblich

Name: _____ Gewicht: _____g Größe: _____ cm

Besonderheiten z.B. bei Erkrankung des Kindes: _____

Erstellt: PD Dr. med. Kay Neumann	Geprüft: PD Dr. med. Kay Neumann	Freigegeben: PD Dr. med. Kay Neumann	Revision: 2 Datum: 22.03.2024	Seite 1 von 1
Datum: 01.03.2023	Datum: 22.03.2024	Datum: 22.03.2024	Datei: FB Rückmeldung Schwangerschaft u. Geburt.doc	