



7) Datum der Geburt? __ . __ .201__

8) Wie war der Geburtsverlauf?

- Normal
- Kaiserschnitt
- Saugglocke
- Geburtszange
- Steißlagenentbindung durch die Scheide

9) Welches Geschlecht hat (haben) Ihr(e) Kind(er)? Gewicht in Gramm: Länge in cm:

- | | | | | | | |
|----------|--------------------------|----------|--------------------------|----------|-------|-------|
| 1. Kind: | <input type="checkbox"/> | weiblich | <input type="checkbox"/> | männlich | _____ | _____ |
| 2. Kind: | <input type="checkbox"/> | weiblich | <input type="checkbox"/> | männlich | _____ | _____ |
| 3. Kind: | <input type="checkbox"/> | weiblich | <input type="checkbox"/> | männlich | _____ | _____ |
| 4. Kind: | <input type="checkbox"/> | weiblich | <input type="checkbox"/> | männlich | _____ | _____ |

10) Ist Ihr Kind / Sind Ihre Kinder gesund, bzw welche Krankheiten liegen vor?

- 1. Kind:
- 2. Kind:
- 3. Kind:
- 4. Kind:

11) Wenn der sehr seltene und bedauernswerte Fall einer Mißbildung beim Kind vorliegt, könnte diese näher erklärt werden?

- 1. Kind:
- 2. Kind:
- 3. Kind:
- 4. Kind:

12) An Welchen Arzt könnten wir uns wenden, wenn wir noch weitere Informationen benötigen?

Name:.....

Straße:.....

PLZ/Ort:.....

Wir sind Ihnen sehr dankbar, wenn Sie trotz aller Ereignisse diesen Fragebogen nicht vergessen. Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an uns zurück. Sie helfen dadurch vielen anderen Paaren.

Mit den besten Wünschen,

Ihr Team **IVF-SAAR** Saarbrücken-Kaiserslautern