

Fragebogen zum Erstbesuch im Kinderwunschzentrum

Frau _____
Name, Vorname geb. am

wohnhaft in _____

Beruf: _____

z. Zt. berufstätig? Ja Nein

verheiratet (mit diesem Partner) Nein Ja

verwandt mit diesem Partner Nein Ja, _____

Kinderwunsch seit _____

Krankheiten in der Familie (z. B. Erbkrankheiten, unerfüllter Kinderwunsch, Krebskrankheiten, Thrombose etc.):

Nein Falls ja, welche?

Allgemeine Krankengeschichte & Risikofaktoren:

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Standen Sie schon einmal wegen einer der folgenden Erkrankungen in ärztlicher Behandlung? Nein

- Ja Nein
- Schilddrüsenerkrankung Ja Nein
- Thrombose Ja Nein
- Bluthochdruck Ja Nein
- Diabetes Ja Nein
- Migräne Ja Nein
- Epilepsie Ja Nein
- andere (ggf. welche? z. B. auch Infektionen wie Hepatitis oder HIV)

Hatten Sie Operationen (außer an Unterbauchorganen (siehe unten))?
 Nein

Falls ja, welche, wo und wann? _____

Allergien? Nein

Falls ja, welche? _____

regelmäßig eingenommene Medikamente? Nein

Falls ja, welche, in welcher Dosis? _____

Rauchen Sie? Nein

Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Wie oft trinken Sie Alkohol? _____

Nehmen oder nahmen Sie Drogen oder Ähnliches ein? Nein

Falls ja: wann und was? _____

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? (Monat/Jahr) _____

ZyklusAlter zum Zeitpunkt der ersten Regelblutung? _____ (Jahre)

Erster Tag der letzten Periode (Datum) _____

Zyklusdauer (vom 1.Tag der Blutung bis zum Einsetzen der nächsten Blutung, normal: 25 – 35 Tage):

- regelmäßig: mind. _____ Tage, max. _____ Tage
(ohne Einnahme von z. B. Pille)
- unregelmäßig: nur ca. _____ -mal Blutung/Jahr
- keine Blutung ohne Einnahme von z.B. Pille

Blutungsdauer: _____ bis _____ Tage (Normal: 3-5 Tage)Treten im Verlauf eines Zyklus unregelmäßige Blutungen auf
(Zwischenblutungen, Vor- oder Nachschmieren)? Ja Nein

SchwangerschaftenWaren Sie schon einmal schwanger? Ja Nein

Falls Ja:

Monat/Jahr Entbindungsart* Schw.-Dauer Geschlecht Kinderwunsch-Behandlung?

- | | | | | |
|----|-------|-------|-------|-------|
| 1. | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 2. | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 3. | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 4. | ..... | ..... | ..... | ..... |
| 5. | ..... | ..... | ..... | ..... |

(*Spontan-Geburt, Kaiserschnitt, Fehlgeburt, Abbruch oder Eileiterschwangerschaft)

Schwangerschaften mit *jetzigem* Partner (obige Nr.)

Kinderwunschbezogene Krankengeschichte der FrauHaben Sie eine Zunahme der Körperbehaarung beobachtet? Nein
Falls ja, seit wann (Jahr) _____Verstärkter Haarausfall? Nein
Falls ja, seit wann (Jahr) _____Akne? Nein
Falls ja, seit wann (Jahr) _____Ist eine Endometriose festgestellt worden? Ja NeinHaben Sie Schmerzen beim Verkehr? Ja NeinSchmerzen während Ihrer Regelblutung? Ja NeinSind Sie wegen einer Eileiterentzündung mit Antibiotika behandelt worden? Ja NeinWurde bei Ihnen die Durchgängigkeit der Eileiter bereits untersucht? Nein

Falls ja:

-Röntgen-Durchleuchtung (HSG) -Ultraschall mit Kontrastmittel-Durchspülung -Bauchspiegelung (Laparoskopie)

wann (Jahr)? _____ Ergebnis? _____

Ist bei Ihnen eine genetische Untersuchung und/oder Beratung durchgeführt worden? NeinWenn ja, wann, was und warum?

Operationen:

Wurden Sie bereits an Unterbauchorganen operiert?

(z. B. Blinddarm, Gebärmutter, Eierstöcke/Eileiter)

Nein

Falls ja, an welchen Organen
und wann?

Ist bei Ihnen eine Sterilisation durchgeführt worden?

Nein

Falls ja, wann? _____ (Jahr)

Bisherige Kinderwunsch-Behandlung:

Geschlechtsverkehr ohne Verhütung seit (Jahr)? _____

Hatten Sie schon Behandlungen wegen Kinderwunsch: Ja Nein

Kinderwunsch-Behandlung seit: _____ (Monat) _____ (Jahr)

	Anzahl Zyklen:	behandelnder Arzt oder Zentrum:
Hormonbehandlung		
mit Tabletten	_____	_____
mit Spritzen	_____	_____
Insemination (Samenübertragung)	_____	_____
Spendersamen-Übertragung	_____	_____
IVF	_____	_____
ICSI	_____	_____
IVF und gleichzeitig ICSI	_____	_____
Kryozyklus	_____	_____
Sonstiges		

Hinweis:

Halten Sie noch irgendetwas für wichtig, was hier nicht gefragt wurde?

(z. B. besondere Stressbelastung, Konfliktsituationen, Sexualstörung u. a.)

Ort, Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!
