

Fragebogen zum Erstbesuch im Kinderwunschzentrum

Herr _____
Name, Vorname geb. am

wohnhaft in _____

Beruf: _____

z. Zt. berufstätig? Ja Nein

verheiratet (mit dieser Partnerin) Ja Nein

verwandt mit dieser Partnerin 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

- Schilddrüsenerkrankung Ja
- Bluthochdruck Ja
- Diabetes Ja
- andere (ggf. welche? z. B. auch Infektionen wie Hepatitis/HIV)

Hatten Sie Operationen? Nein

Falls ja, welche, wo und wann? _____

Allergien? Nein

Falls ja, welche? _____

regelmäßig eingenommene Medikamente? Nein

Falls ja, welche, in welcher Dosis? _____

Haben Sie an Ihrem Arbeitsplatz oder in Ihrer Freizeit Kontakt mit Schadstoffen, z. B. Lacken, Lösungsmitteln, Schwermetallen, Insektiziden etc.? Nein

Falls ja, mit welchen? _____

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? _____

bitte wenden

Schwangerschaften

Haben Sie schon einmal eine Schwangerschaft gezeugt? 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.)

andrologische Krankengeschichte

Sind bei Ihnen Spermiogramme (Samen-Analysen) erstellt worden? Nein

Falls ja, wann (Jahr)? _____

Bestand in Ihrer Kindheit ein Hodenhochstand? Nein

Falls ja, ist er behandelt worden (ggf. wie)? _____

Wurden Sie schon einmal an Hoden, Prostata, Leistenbruch etc. operiert? Nein

Falls ja, wann, wo? _____

Ist bei Ihnen eine Sterilisation durchgeführt worden? Nein

Falls ja, wann? _____ (Jahr)

Hatten Sie schon einmal eine Entzündung oder Verletzung im Genitalbereich (z. B. Unfälle, Hodenentzündung nach Mumps, Entzündung von Nebenhoden oder Prostata, Geschlechtskrankheiten etc.) Nein

Falls ja, was und wann (ggf. wie behandelt?)

Ist bei Ihnen eine genetische Untersuchung und/oder Beratung durchgeführt worden? Nein

Wenn ja, wann, was und warum?

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!