

Fragebogen zum Erstgespräch

Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Handy

E-Mail

Beruf

Mann

Name

Vorname

Geburtsdatum

Adresse

PLZ, Wohnort

Telefonnummer

Handy

E-Mail

Beruf

Sind Sie nach deutschem Recht miteinander verheiratet? Ja Nein

Wenn nein: Sind Sie mit einem anderen Partner verheiratet? Ja Nein

Sind Sie verwandt mit Ihrem Partner? Ja Nein

Kinderwunsch seit

Krankenversicherung

Frau gesetzlich privat selbstständig Beihilfe Bundeswehr

Mann gesetzlich privat selbstständig Beihilfe Bundeswehr

Allgemeine Krankengeschichte & Risikofaktoren der Frau

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

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

Schilddrüsenerkrankung Ja Diabetes Ja

Thrombose Ja Migräne Ja

Bluthochdruck Ja Epilepsie Ja

andere (ggf. welche? z. B. auch Infektionen wie Hepatitis oder HIV) _____

Hatten Sie Operationen (außer an Unterbauchorganen (s. unten))? Ja Nein

Falls ja, welche, wo und wann? _____

Allergien? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Falls ja, welche, in welcher Dosis _____

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

Falls ja, mit welchen? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Wie oft trinken Sie Alkohol? _____

Nehmen oder nahmen Sie Drogen o. Ähnliches ein? Ja Nein

Falls ja: wann und was? _____

Zyklus / Gynäkologische Vorgeschichte

Alter zum Zeitpunkt der ersten Regelblutung? _____ Jahre

Erster Tag der letzten Periode (TT/MM/JJ) _____

Zyklusdauer (vom 1.Tag der Blutung bis zum Einsetzen der nächsten Blutung):

- regelmäßig, min. _____ Tage, max. _____ Tage (ohne Einnahme von z. B. Pille)
- unregelmäßig nur ca. _____ -mal Blutungen / 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 Nachschmierer)?

Ja

Nein

Schmerzen / Beschwerden während der Regelblutung?

Ja

Nein

Nehmen Sie Schmerzmittel vor/ während der Blutung?

Ja

Nein

Haben Sie die Antibabypille eingenommen?

Ja

Nein

Wenn ja, von wann bis wann?

Ist jemals eine Spirale gelegt worden?

Ja

Nein

Wurde bei Ihnen jemals eine Entzündung des Unterleibs behandelt?

Ja

Nein

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? (MM/JJ)

Schwangerschaften

Waren Sie schon mal Schwanger?

Ja

Nein

Falls ja:

Anzahl der Schwangerschaften

Anzahl der Geburten

Anzahl der Fehlgeburten/Abbrüche

Operationen

Wurden Sie bereits an Unterbauchorganen operiert?
(z. B. Blinddarm, Gebärmutter, Eierstöcke/Eileiter)

Ja Nein

Falls ja, an welchen Organen und wann?

Ist bei Ihnen eine Sterilisation durchgeführt worden?

Ja Nein

Falls ja, wann? (Jahr)

Sonstige Operationen:

Kinderwunschbezogene Krankengeschichte der Frau

Haben Sie eine Zunahme der Körperbehaarung beobachtet?

Ja Nein

Falls ja, seit wann? (Jahr)

Verstärkter Haarausfall?

Ja Nein

Falls ja, wann? (Jahr)

Akne?

Ja Nein

Falls ja, wann? (Jahr)

Ist eine Endometriose festgestellt worden?

Ja Nein

Haben Sie Schmerzen beim Verkehr?

Ja Nein

Wurden Sie wegen einer Eileiterentzündung mit Antibiotika behandelt?

Ja Nein

Wurde bei Ihnen die Durchgängigkeit der Eileiter bereits untersucht?

Ja Nein

Falls ja:

Röntgen-Durchleuchtung (HSG)

Ultraschall mit Kontrastmittel-Durchspülung

Bauchspiegelung (Laparoskopie)

wann (Jahr) _____

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

Ja Nein

Bisherige Kinderwunsch-Behandlung

Geschlechtsverkehr ohne Verhütung seit (Jahr)? _____

Hatten Sie schon Behandlungen wegen Kinderwunsch: Ja Nein

Kinderwunsch-Behandlung seit (MM / JJJJ) _____

Wurde bisher bei Ihrem Partner ein Spermogramm durchgeführt? Ja Nein

Sind Auffälligkeiten bei Ihrem Partner bekannt? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Allgemeine Krankengeschichte & Risikofaktoren des Mannes

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

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

| | | | |
|------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------|
| Schilddrüsenerkrankung | <input type="radio"/> Ja | Diabetes | <input type="radio"/> Ja |
| Thrombose | <input type="radio"/> Ja | Migräne | <input type="radio"/> Ja |
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> Ja | Epilepsie | <input type="radio"/> Ja |

andere (ggf. welche? z. B. auch Infektionen wie Hepatitis oder HIV) _____

Hatten Sie Operationen oder Entzündungen im Bereich der Hoden / Nebenhoden? Ja Nein

Falls ja, welche, wo und wann? _____

Hatten Sie andere Operationen? Ja Nein

Falls ja, welche, wo und wann? _____

Allergien? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Falls ja, welche, in welcher Dosis? _____

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

Falls ja, mit welchen? _____

Rauchen Sie? Ja Nein

Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Wie oft trinken Sie Alkohol? _____

Nehmen oder nahmen Sie Drogen o. Ähnliches ein? Ja Nein

Falls ja: wann und was? _____

Bestehen familiäre genetische Erkrankungen? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Hatten Sie Kinderkrankheiten? Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Haben Sie schon Schwangerschaften gezeugt? Ja Nein

Haben Sie bereits Kinder? Ja Nein

Falls ja, wie viele ? _____

Sind Ihre Kinder gesund? Ja Nein

Falls nein: _____

Ort, Datum, Unterschrift Patientin

Ort, Datum, Unterschrift Patient

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!