



## Schenken Sie Ihrer Fruchtbarkeit eine Zukunft.

Unsere Initiative „fertility for future“ soll jungen Menschen eine selbstbestimmte Fruchtbarkeitsvorsorge ermöglichen und dadurch den persönlichen Kinderwunsch planbar machen. Wir freuen uns sehr, dass Sie sich bereits jetzt bewusst Gedanken über Ihre zukünftige Familienplanung machen und für unseren „FertiCheck“ interessieren.

Für den „FertiCheck“ erhalten Sie von uns eine Checkliste mit allen erforderlichen Befunden und Untersuchungen. Nachdem alle medizinischen Ergebnisse vorliegen, werden Sie diese in einem persönlichen Termin mit unserem Ärzteteam besprechen und individuelle Empfehlungen für Ihre Fruchtbarkeitsvorsorge erhalten.

Persönliche Daten	Frau	Partner*in
Akademischer Titel		
Vorname		
Familienname		
Geburtsname		
Geburtsdatum		
Geburtsort		
Sozialversicherungsnr. (10-stellig)		
Versicherung		
Zusatzversicherung		
Familienstand	<input type="radio"/> verheiratet	<input type="radio"/> verpartnert <input type="radio"/> Lebensgemeinschaft
Staatsbürgerschaft		
Beruf / PLZ vom Arbeitsort		
Straße / Hausnr. / Stiege / Tür		
PLZ / Ort		
Land		
Mobiltelefon		
Gynäkologe / Urologe (Name, PLZ)		
Zusatzinformationen		
Bevorzugte Sprache	<input type="radio"/> Deutsch <input type="radio"/> Italienisch <input type="radio"/> Sonstige:	<input type="radio"/> Englisch <input type="radio"/> Türkisch
Ich wäre bereit über die Fruchtbarkeitsvorsorge...	<input type="radio"/> ...persönlich & öffentlich (z.B. im TV) zu sprechen. <input type="radio"/> ...anonym zu sprechen.	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?	Gynäkologe / Urologe:	<input type="radio"/> direkte Empfehlung unseres Zentrums <input type="radio"/> mehrere Zentren empfohlen
	Online:	<input type="radio"/> "fertility for future" Website <input type="radio"/> Google <input type="radio"/> Social Media (Facebook, Instagram, YouTube) <input type="radio"/> Internet-Foren
		<input type="radio"/> Empfehlung durch Familie / Freunde / Kollegen
		<input type="radio"/> Institut / sonstige Person:



## Checkliste der Voruntersuchungen

Einfach und bequem Ihre Laborüberweisungen für die Blutuntersuchung online anfordern:

[www.kinderwunschzentrum.at/laborueberweisung](http://www.kinderwunschzentrum.at/laborueberweisung) oder gleich QR-Code scannen →



### FertiCheck für die Frau - 3 Untersuchungen:

#### Blutuntersuchung zwischen dem 1. und 4. Tag der Monatsblutung:

Hormonstatus:	FSH   LH   Östradiol   Prolaktin   Testosteron   Progesteron   TSH   TPO-AK   AMH
Vitamine:	25-OH-Vitamin D
Antikörperbestimmung:	Röteln-spezifische-IgG Antikörper VZV IgG Antikörper (Windpocken / Feuchtblattern)
Blutgerinnung:	APC-Resistenz

#### Untersuchung bei Ihrer Gynäkologin / Ihrem Gynäkologen:

Abstriche:	Sekret und Bakterienkultur zervikaler Chlamydienabstrich
------------	---

#### Untersuchung der Eileiter (Durchgängigkeit und Funktion):

Röntgen (HSG):	in jedem Röntgeninstitut möglich
<u>oder</u>	
Kontrastultraschall (HyCoSy):	bei uns im Kinderwunschzentrum oder ausgewählten Gynäkologen möglich

### FertiCheck für den Mann - 1 Untersuchung:

#### Spermiogramm nach WHO Kriterien (2010)

Dieser Befund wird direkt in unserem Samenlabor im Kinderwunschzentrum erstellt – kurzfristige Termine verfügbar!

### Alles erledigt?



Bitte achten Sie darauf, dass Ihre Befunde nicht älter als 6 Monate sind!

Senden Sie uns Ihre Befunde bis circa 10 Tage vor Ihrem Gesprächstermin per E-Mail zu:

[start@kinderwunschzentrum.at](mailto:start@kinderwunschzentrum.at)

Wir sind für Sie da. Sie erreichen uns auch telefonisch unter T +43 1 934 69 79.

**Mo - Do: 8 - 12 Uhr | 13 - 16 Uhr      Fr: 8 - 13 Uhr**



[www.fertilityforfuture.at](http://www.fertilityforfuture.at) | [www.kinderwunschzentrum.at](http://www.kinderwunschzentrum.at)



[www.facebook.com/kinderwunschzentrum.an.der.wien](https://www.facebook.com/kinderwunschzentrum.an.der.wien)



[www.instagram.com/ivfwien](https://www.instagram.com/ivfwien)



[www.youtube.com/ivfwien](https://www.youtube.com/ivfwien)





## Fragebogen für die Frau

Dieser Fragebogen ist sehr wichtig für Ihren „FertiCheck“. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und füllen Sie ihn vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir Sie bestmöglich betreuen und Ihnen im persönlichen Gespräch individuelle Empfehlungen für Ihre Fruchtbarkeitsvorsorge geben!

\* Wichtig: Bei den Fragen mit diesem Icon übermitteln Sie uns bitte die entsprechenden Befunde / Berichte!

### Fertilität & Zyklus

Ihre Zyklusdauer (1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung)	Dauer in Tagen:		
	<input type="radio"/> regelmäßig	<input type="radio"/> unregelmäßig	<input type="radio"/> Zwischenblutungen
Monatsblutung	1. Monatsblutung im Alter von (Jahre):		
	Die letzte Monatsblutung war am:		
	<input type="radio"/> Ich hatte schon lange keine Blutung mehr. <input type="radio"/> Ich muss wegen starken Beschwerden Schmerzmittel einnehmen.		
Menopause der Mutter	<input type="radio"/> < 45 Jahre	<input type="radio"/> 45 - 50 Jahre	<input type="radio"/> 51 - 55 Jahre <input type="radio"/> > 55 Jahre
Ihre Schwangerschaften	Spontangeburt(en):	Jahr:	
	Kaiserschnitt(e):	Jahr:	
	Fehlgeburt(en):	Jahr:	
	Eileiter-SS:	Jahr:	
	SS-Abbruch (Abtreibung):	Jahr:	
Schwangerschaften - Kommentar: (z.B. Mehrlinge, Ursache des Kaiserschnitts, Frühgeburt/Totgeburt, etc.)			
Haben Sie bereits Medikamente zur hormonellen Unterstützung erhalten? (z.B. Clomiphen, Femara, etc.)	Name des Medikaments		Seit wann & wie lange?
Untersuchung der Eileiter *	<input type="radio"/> Ja, zuletzt im Jahr:		<input type="radio"/> Nein
	<input type="radio"/> Röntgen (HSG)	<input type="radio"/> HyCoSy	<input type="radio"/> Bauchspiegelung (LSK)

### Medikation

Regelmäßige Medikamenteneinnahme	Name & Dosierung		Seit wann & warum?
Akne-Behandlung aktuell/früher (mit Vitamin-A-Säure, z.B. Isotretinoin)			
Medikamentenallergien (z.B. Antibiotika, Aspirin, Schmerzmittel, etc.)			



Gynäkologische & infektiöse Krankheiten

	Wann?	Kommentar		
Endometriose *				
Eierstockzysten				
Eierstockentzündung				
Gebärmutterfehlbildung *				
PCO-Syndrom *				
Hepatitis B oder C		<input type="radio"/> abgelaufen	<input type="radio"/> akut	<input type="radio"/> chronisch
		behandelt mit:		
HIV		behandelt mit:		
Syphilis		behandelt mit:		
Chlamydieninfektion		behandelt mit:		

Sonstige Krankheiten & Operationen

	Welche?	Kommentar
Sonstige Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Blutgerinnungsstörung, Herzrhythmusstörung, etc.)		
Familiäre Vorerkrankungen (z.B. Fehlgeburten, genetische Erkrankungen, Krebserkrankungen, etc.)		
	Jahr	Kommentar
Bauchspiegelung (LSK) *		
Gebärmutterspiegelung (HSK) *		
Konisation		
Curettage		
Sonstige Operationen:		

Lebensstil

Größe & Gewicht			
Rauchen	<input type="radio"/> Ich war nie Raucherin.	<input type="radio"/> Ich bin Gelegenheitsraucherin.	
	<input type="radio"/> Ja, ich rauche      Zigaretten / Tag.	<input type="radio"/> Ich bin Nichtraucherin seit:	
Alkohol	Ich trinke      (Anzahl) alkoholische Getränke pro Woche.		
Sport mit übermäßiger Belastung (z.B. Marathontraining, Gewichtheben, Leistungssport, etc.)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja und zwar:	
Psychische Gesundheit	<input type="radio"/> Ich habe den Eindruck, dass mich das Thema Familienplanung emotional belastet.		



## Fragebogen für den Mann

Dieser Fragebogen ist sehr wichtig für Ihren „FertiCheck“. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und füllen Sie ihn vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir Sie bestmöglich betreuen und Ihnen im persönlichen Gespräch individuelle Empfehlungen für Ihre Fruchtbarkeitsvorsorge geben!

\* Wichtig: Bei den Fragen mit diesem Icon übermitteln Sie uns bitte die entsprechenden Befunde / Berichte!

### Fertilität & Andrologie

Erzielte Schwangerschaften	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein		
			Kommentar (genaue Diagnose, Behandlung, etc.)	
Fehlbildung der Samenleiter	<input type="radio"/>			
Hodenhochstand als Kind	<input type="radio"/>			
Hodenentzündung	<input type="radio"/>			
Hodenverletzung	<input type="radio"/>			
Krampfadern am Hoden (Varikozele)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> noch nicht operiert	<input type="radio"/> operiert im Jahr:	
Hodentumor *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> noch nicht operiert	<input type="radio"/> operiert im Jahr:	
		Wann?	<input type="radio"/> Chemotherapie	<input type="radio"/> Bestrahlung
Sterilisation (Vasektomie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> nicht rückoperiert	<input type="radio"/> rückoperiert im Jahr:	
Erektionsstörung	<input type="radio"/>			
Schwierigkeiten Samenabgabe (fremde Umgebung)	<input type="radio"/>			

### Medikation

	Name & Dosierung	Seit wann & warum?
Regelmäßige Medikamenteneinnahme		
Medikamentenallergien (z.B. Antibiotika, Aspirin, Schmerzmittel, etc.)		

### Infektiöse Krankheiten

	Wann?	Kommentar		
Hepatitis B oder C		<input type="radio"/> abgelaufen	<input type="radio"/> akut	<input type="radio"/> chronisch
		behandelt mit:		
HIV		behandelt mit:		
Syphilis		behandelt mit:		
Chlamydieninfektion		behandelt mit:		
Mumps		Hodenbeteiligung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein



### Sonstige Krankheiten & Operationen

	Welche?	Kommentar
Sonstige Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Blutgerinnungsstörung, Herzrhythmusstörung, etc.)		
Familiäre Vorerkrankungen (z.B. Fehlgeburten, genetische Erkrankungen, Krebserkrankungen, etc.)		
	Jahr	Kommentar
Sonstige Operationen:		

### Lebensstil

Größe & Gewicht		
Rauchen	<input type="radio"/> Ich war nie Raucher.	<input type="radio"/> Ich bin Gelegenheitsraucher.
	<input type="radio"/> Ja, ich rauche                      Zigaretten / Tag.	<input type="radio"/> Ich bin Nichtraucher seit:
Alkohol	Ich trinke                      (Anzahl) alkoholische Getränke pro Woche.	
Sport mit übermäßiger Belastung (z.B. Marathontraining, Gewichtheben, Leistungssport, etc.)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja und zwar:
Psychische Gesundheit	<input type="radio"/> Ich habe den Eindruck, dass mich das Thema Familienplanung emotional belastet.	

### Datenschutz & Unterschrift

Dieses Dokument ist nur in Verbindung mit der unterschriebenen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gültig. Ohne die unterschriebene Einverständniserklärung ist die Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten nicht möglich.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Datum	Unterschrift Frau	Unterschrift Partner*in