



# Fragebogen für die FRAU

**Familienname:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen Sie diesen für Ihre Kinderwunsch-Behandlung sehr wichtigen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir Sie bestmöglich betreuen und die optimale Therapieform für Sie wählen!

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. das Kommentarfeld ausfüllen.

## 1. Wie lange haben Sie schon **unerfüllten Kinderwunsch**?

Seit \_\_\_\_\_ (Monat und Jahr)

## 2. Wie verläuft **Ihr Zyklus** (vom 1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung)?

zwischen 25 und 29 Tagen

kürzer als 25 Tage

länger als 30 Tage

Ich habe Zwischenblutungen.

Mein **Zyklus** ist:  regelmäßig  unregelmäßig

## 3. Meine **Monatsblutung**:

a) Der 1. Tag meiner letzten Monatsblutung war am: \_\_\_\_\_

b) Meine erste Regelblutung ist im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren das erste Mal eingetreten.

c) Die Menopause (=Wechseljahre) meiner Mutter trat ein im Alter von:

unter 45

45 - 50

51 - 55

über 55

d)  Ich hatte schon lange keine Blutung mehr.

e)  Sie ist sehr schmerzhaft, sodass ich regelmäßig Schmerzmittel einnehmen muss.





## Fragebogen für die FRAU

### 7. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

Name des Medikaments	Dosierung	Seit wann & warum?

### 8. Gynäkologische Erkrankungen

ERKRANKUNG	JA	Kommentar
Endometriose		
Eierstockzysten		
Eierstockentzündung		
Gebärmutterfehlbildung		
PCO-Syndrom		
Andere:		

**Wichtig: Bitte halten Sie Rücksprache mit Ihrem Frauenarzt und übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!**

### 9. Hatten Sie bereits **Operationen** im Unterleibs- oder Genitalbereich? (z.B. Entfernung eines Eileiters oder Eierstocks)

OPERATION	JA	JAHR	Kommentar
Bauchspiegelung (LSK)			
Gebärmutterspiegelung (HSK)			
Konisation			
Curettag (Ausschabung)			
Andere:			

**Wichtig: Bitte halten Sie Rücksprache mit Ihrem Frauenarzt und übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!**



## Fragebogen für die FRAU

### 10. Hatten Sie andere Operationen, die für uns wichtig sein könnten?

OPERATION	JAHR	Kommentar

**Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!**

### 11. Leiden Sie oder haben Sie an folgenden Erkrankungen bzw. Symptomen gelitten?

ERKRANKUNGEN	JA	Kommentar
Medikamentenallergie (z.B. Antibiotika, Aspirin, Schmerzmittel usw.)		Gegen:
Hepatitis B oder C		<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> abgelaufen Wann? Behandelt mit:
HIV		Wann? Behandelt mit:
Syphilis (Geschlechtskrankheit)		Wann? Behandelt mit:
Chlamydieninfektion		Wann? Behandelt mit:
Andere <b>ERKRANKUNGEN</b> , die für uns <u>wichtig</u> sein könnten?		

**Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!**



## Fragebogen für die FRAU

12. Wie **groß** und wie **schwer** sind Sie derzeit? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

### 13. Rauchen Sie?

- Nein  
 Ja, und zwar \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag.  
 Ich bin Gelegenheitsraucher.  
 Ich bin Nichtraucher seit \_\_\_\_\_ Jahren.

### 14. Trinken Sie mehr als vier **alkoholische Getränke** pro Woche?

- Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_ alkoholische Getränke.

### 15. Betreiben Sie regelmäßig **Sport mit übermäßiger Belastung** (z.B. Marathontraining, exzessives Gewichtheben, Leistungssport, usw.)

- Nein  Ja    Kommentar: \_\_\_\_\_

### 16. Haben Sie den Eindruck, dass Sie der Kinderwunsch **psychisch belastet** & würden Sie gerne unverbindliche Einladungen zu unseren **Entspannungsgruppen** erhalten?

- Nein  Ja

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

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift** (handschriftlich)

**Gut zu wissen!** 

**Wir danken Ihnen für die Übermittlung aller notwendigen Befunde / Unterlagen,  
damit wir Ihr Erstgespräch optimal vorbereiten können und  
Sie keine wertvolle Zeit verlieren!**