



Fragebogen Eizellspenderin

Familiennamen:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen Sie diesen für die Behandlung sehr wichtigen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus.

Persönliche Daten

Haarfarbe
Haarstruktur (glatt/gelockt)
Augenfarbe
Pigmentierung/Teint (hell/dunkel)
Körpergröße
Gewicht
Körperbau
Blutgruppe
Rhesusfaktor

Vor- und Nachname des Vaters
Vor- und **Mädchenname** der Mutter
Herkunft des Vaters
Herkunft der Mutter



Fragebogen Eizellspenderin

A. Persönliche Anamnese

1. Konsumieren Sie Alkohol?

ja nein wie oft?

2. Rauchen Sie?

ja nein Anzahl/Tag:

3. Besteht Suchgift- oder Tablettenmissbrauch?

ja nein welche?

4. Haben oder hatten Sie eine der folgenden sexuell übertragbaren Infektionskrankheiten?
HIV, Hepatitis B oder C, Gonorrhö (Tripper), Syphilis, Chlamydien, Genitalwarzen, Zytomegalie,
Trichomonaden, Herpes?

ja nein

Welche?

Wann?

5. Sind Sie jemals verhaftet oder eines Verbrechens angeklagt worden?

ja nein weshalb?

6. Waren Sie oder sind Sie in psychologischer oder psychiatrischer Behandlung?

ja nein weshalb?

7. Sind Sie adoptiert?

ja nein

8. Cystische Fibrose (Mukoviszidose) ist die häufigste angeborene Stoffwechselerkrankung. Tragen beide Elternteile das defekte Gen, ist die Möglichkeit gegeben, dass die Kinder dieses Paares an der Erkrankung leiden. Wären Sie mit der Durchführung einer genetischen Untersuchung einverstanden, die ausschließt, dass Sie Träger des CF Gens sind?

ja nein

9. Haben Sie eine genetische Erkrankung?

ja nein welche?



Fragebogen Eizellspenderin

10. Sind Sie mit der Durchführung einer Chromosomenanalyse (Karyogramm) einverstanden, um bestimmte vererbare Erkrankungen auszuschließen?

ja nein

11. Welche Ausbildung haben Sie absolviert?

.....

12. Welchen Beruf üben Sie aus?

.....

13. Welche Hobbys und Interessen haben Sie?

.....

14. Beschreiben Sie Ihre Persönlichkeit:

.....

15. Welche Ziele verfolgen Sie, beruflich und privat?

.....

16. Haben Sie besondere Fähigkeiten oder Talente?

.....

17. Haben Sie Erfahrung mit Eizellspende?

ja nein

inwiefern?



Fragebogen Eizellspenderin

B. Gesundheit

1. Fühlen Sie sich gesund?

ja nein

2. Nehmen Sie Medikamente?

ja nein welche?

3. Wurden oder werden Sie mit menschlichen Wachstumshormonen oder einem anderen Hypophysenhormon behandelt?

ja nein

4. Nehmen Sie an klinischen Studien zur Erprobung von Medikamenten oder neuen Therapieansätzen teil?

ja nein welche?

5. Waren Sie in den letzten 12 Monaten in einem Tropengebiet?

ja nein wo?

6. Hatten Sie eine der folgenden Beschwerden ohne erklärbare Ursache:

Fieber, Nachtschweiß, Lymphknotenschwellung, Durchfall, Hautausschlag, Übelkeit, Gewichtsverlust, andauernder Husten?

ja nein welche?

wann?

7. Sind Sie in den letzten 12 Monaten dem Kontakt mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten ausgesetzt gewesen durch eine Hautpenetration, offene Wunde, verletzte Haut oder Schleimhaut?

ja nein

8. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine invasive medizinische Untersuchung oder Behandlung (z.B. Endoskopie, Biopsie)?

ja nein welche?



Fragebogen Eizellspenderin

9. Haben Sie eine Bluttransfusion oder andere Blutprodukte erhalten?

ja nein wann?

10. Sind Sie Empfänger von einem Organ oder Gewebe eines Fremdspenders?

ja nein seit wann?

11. Haben Sie schon einmal Blut, Thrombozyten oder Plasma gespendet?

ja nein

Wann war die letzte Spende?

12. Wurden Sie schon einmal von einer Blut-, Thrombozyten- oder Plasmaspende ausgeschlossen?

ja nein warum?

13. Haben Sie sich in den letzten 12 Monaten akupunktieren, tätowieren oder piercen lassen?

ja nein

14. Haben Sie eine Blutgerinnungsstörung?

ja nein

15. Haben Sie Allergien auf Medikamente?

ja nein welche?

16. Hatten Sie Komplikationen bei früheren Narkosen?

ja nein welche?



Fragebogen Eizellspenderin

C. Reproduktive Vergangenheit

1. Haben Sie schon eine Schwangerschaft gehabt?

ja nein wann?

2. Haben Sie Kinder?

ja nein
Geburtsdaten der Kinder?

3. Gibt es oder gab es bedeutende Krankheiten Ihrer Kinder?

ja nein welche?

4. Ist eines Ihrer Kinder eine Frühgeburt gewesen?

ja nein

5. Gibt es in Ihrer Familie Fälle von Fehl-, Totgeburten oder plötzlichem Kindstod?

ja nein

6. Hatten Sie einen Kaiserschnitt oder Operationen im Unterleib?

ja nein wann/welche?

7. Haben Sie Krankheiten oder Schmerzen im Unterleib?

ja nein welche?

8. Mit welchem Alter hatten Sie die erste Regelblutung?

9. Ist die Regelblutung:

regelmäßig unregelmäßig

10. Wie viele Tage dauert Ihre Blutung?

.....

11. Wie viele Tage / Monate betragen die Abstände zwischen den Regelblutungen?

.....



Fragebogen Eizellspenderin

12. Besteht eine der folgenden Erkrankungen bei Ihnen oder in Ihrer Blutsverwandtschaft?
Bitte **kreuzen Sie Zutreffendes an** und geben Sie an in welchem familiären Verhältnis die betroffene Person zu Ihnen steht:

| | Betroffene Person | | Betroffene Person | | |
|----------------------------------|--------------------------|-------|---------------------------|--------------------------|-------|
| Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> | | Spaltenlippe oder -Gaumen | <input type="checkbox"/> | |
| Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> | | angeborene Herzfehler | <input type="checkbox"/> | |
| Schlaganfall | <input type="checkbox"/> | | Klumpfuß | <input type="checkbox"/> | |
| Taubheit | <input type="checkbox"/> | | Rückenmarksfehlbildung | <input type="checkbox"/> | |
| Erblindung | <input type="checkbox"/> | | Kleinwüchsigkeit | <input type="checkbox"/> | |
| Farbenblindheit | <input type="checkbox"/> | | Down Syndrom | <input type="checkbox"/> | |
| Gicht | <input type="checkbox"/> | | Lesch-Nyhan Syndrom | <input type="checkbox"/> | |
| Arthritis | <input type="checkbox"/> | | Marfan Syndrom | <input type="checkbox"/> | |
| Rheuma | <input type="checkbox"/> | | Noonan Syndrom | <input type="checkbox"/> | |
| Asthma | <input type="checkbox"/> | | Bloome Syndrom | <input type="checkbox"/> | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | | Kinefelter Syndrom | <input type="checkbox"/> | |
| Allergien | <input type="checkbox"/> | | Turner Syndrom | <input type="checkbox"/> | |
| Krebserkrankungen | <input type="checkbox"/> | | Cystische Fibrose | <input type="checkbox"/> | |
| Schizophrenie | <input type="checkbox"/> | | Hämophilie | <input type="checkbox"/> | |
| Alkoholismus | <input type="checkbox"/> | | Muskeldystrophie | <input type="checkbox"/> | |
| Drogensucht | <input type="checkbox"/> | | Sichelzellenanämie | <input type="checkbox"/> | |
| Depression od. Manie | <input type="checkbox"/> | | Zystenniere | <input type="checkbox"/> | |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> | | Glaucom | <input type="checkbox"/> | |
| Alzheimer-Krankheit | <input type="checkbox"/> | | Thalassämie | <input type="checkbox"/> | |
| Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> | | Parkinson-Krankheit | <input type="checkbox"/> | |
| Creutzfeld-Jacob-Krankheit (BSE) | <input type="checkbox"/> | | | <input type="checkbox"/> | |

Bitte geben Sie andere bedeutende Erkrankungen an, die nicht oberhalb aufscheinen:

.....

Ich bestätige durch meine Unterschrift, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

.....
Datum

.....
Unterschrift Frau
(handschriftlich)