



Fragebogen für die FRAU

Familiename:

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 lange ist **Ihr Zyklus** (vom 1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung)?

_____ 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.

4. Haben Sie bereits eine **künstliche Befruchtung (IVF, ICSI)** in einem anderen Institut durchführen lassen?

Nein

Ja → Bitte füllen Sie das beigefügte Formular „Details zu Ihren Vorversuchen“ aus **und** übermitteln Sie uns die Unterlagen zum Vorversuch (**Stimulationsplan, Eizell-Protokoll**).



Fragebogen für die FRAU

5. Haben Sie von Ihrem niedergelassenen Frauenarzt schon einmal **Medikamente zur hormonellen Unterstützung der Eierstöcke** erhalten?

NAME des Medikaments (z.B. Clomiphen, Femara)	Seit wann & wie lange?

6. Falls Sie schon einmal **schwanger** waren, machen Sie bitte folgende Angaben:

Ja und zwar _____ Mal, davon:

_____ Geburt(en) spontan Jahr: _____

_____ Geburt(en) Kaiserschnitt Jahr: _____

_____ Fehlgeburt(en): Jahr: _____

_____ Eileiterschwangerschaft(en) Jahr: _____

_____ Schwangerschaftsabbruch (Abtreibung) Jahr: _____

Wurden Sie durch eine Kinderwunschbehandlung schwanger? Ja Nein

Kommentar (z.B. Mehrlinge, Ursache des Kaiserschnitts, Frühgeburt, Totgeburt, etc.):

7. Wurden **Ihre Eileiter** schon einmal untersucht?

Nein Ja, zuletzt im Jahr: _____

Mit welcher Methode wurden Ihre Eileiter untersucht?

Bauchspiegelung Röntgen (HSG) Hydrosonographie (HyCoSy)

Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns diesen Befund!



Fragebogen für die FRAU

8. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

Name des Medikaments	Dosierung	Seit wann & warum?

9. 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!

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

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

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



Fragebogen für die FRAU

11. Hatten Sie andere **Operationen**, die für uns wichtig sein könnten?

OPERATION	JAHR	Kommentar

Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!

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

ERKRANKUNGEN	JA	Kommentar
Medikamentenallergie (z.B. gegen 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 ERKRANKUNGEN , die für uns <u>wichtig</u> sein könnten? (z.B. Epilepsie, bekannte Blutgerinnungsstörung)		

Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!



Fragebogen für die FRAU

13. Wie **groß** und wie **schwer** sind Sie derzeit? _____ cm _____ kg

14. Rauchen Sie?

- Nein
 Ja und zwar _____ Zigaretten pro Tag.
 Ich bin Gelegenheitsraucher.
 Ich bin Nichtraucher seit _____ Jahren.

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

- Nein Ja und zwar _____ (Anzahl) alkoholische Getränke.

16. Betreiben Sie regelmäßig **Sport mit übermäßiger Belastung?**

(z.B. Marathontraining, exzessives Gewichtheben, Leistungssport, usw.)

- Nein Ja Kommentar: _____

17. 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!