



## Fragebogen für die FRAU

**Familienname:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

Bitte nehmen Sie sich einige 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** mit Ihrem jetzigen Partner?

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. Wie häufig haben Sie **Geschlechtsverkehr** mit Ihrem Partner?

\_\_\_\_\_ Mal pro Monat

bzw.

\_\_\_\_\_ Mal pro Woche

### 5. 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

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

<b>NAME des Medikaments</b> (z.B. Clomiphen, Femara)	<b>Seit wann &amp; wie lange?</b>

7. 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.):

---

8. 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

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

NAME des Medikaments	Dosierung	Seit wann & warum?

### 10. Gynäkologische Erkrankungen

ERKRANKUNG	JA	JAHR	Kommentar (genaue Diagnose, Behandlung...)
Endometriose			
Eierstockzysten			
Eierstockentzündung			
Gebärmutterfehlbildung			
PCO-Syndrom			
Andere:			

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

### 11. 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

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

OPERATION	JAHR	Kommentar

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

13. 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 <b>ERKRANKUNGEN</b> , die für uns <u>wichtig</u> sein könnten?  (z.B. Epilepsie, bekannte Blutgerinnungsstörung etc.)		

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



## Fragebogen für die FRAU

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

15. **Rauchen Sie?**

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

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

- Nein  Ja und zwar \_\_\_\_\_ (Anzahl) alkoholische Getränke.

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

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

- Nein  Ja    Kommentar: \_\_\_\_\_

18. 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!**