

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen als Grundlage für unser erstes Gespräch und bringen Sie den ausgefüllten Bogen, Ihre Versicherungskarte und einen Überweisungsschein vom Frauenarzt zum vereinbarten Termin mit.

Wenn etwas unklar ist, bitte mit Fragezeichen markieren.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse/Nr.:

Wohnort/PLZ:

Telefon Festnetz:

Telefon Handy:

E-Mail-Adresse:

Name /Vorname/ Geburtsdatum Ihres Partners:

Hausarzt (Name/Ort):

Gynäkologe (Name/Ort)

### **KINDERWUNSCH und VORBEHANDLUNG**

Sind Sie miteinander verheiratet?  ja  nein

Sind Sie blutsverwandt?  ja  nein

Seit wann besteht Ihre Ehe/Partnerschaft?

(Monat/ Jahr) \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie ungeschützten Geschlechtsverkehr, so dass eine Schwangerschaft hätte eintreten können?

(Monat/Jahr) \_\_\_\_\_

### **FRAGEBOGEN FÜR DIE FRAU**

Ist bereits früher eine Schwangerschaft eingetreten?

(Bitte Mutterpass mitbringen!)

Monat/ Jahr	Geburt (G) Fehlgeburt (F) Abbruch (A)	Durch Kinderwunsch- behandlung?	Mit jetzigem Partner?
	O G O F O A	O ja O nein	O ja O nein
	O G O F O A	O ja O nein	O ja O nein
	O G O F O A	O ja O nein	O ja O nein
	O G O F O A	O ja O nein	O ja O nein

Traten (andere) Schwangerschaftskomplikationen auf? Welche?

Waren Sie wegen Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Welche Ursachen sind vermutet worden?

Bereits durchgeführte Kinderwunschbehandlungen:

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Jahr	Schwanger- schaft
Zyklusmonitoring			
Eierstockstimulation Clomifentabletten: Tägliche Spritzen:			
Inseminationen: davon -im Spontanzyklus: -nach Clomifen: -nach tägl. Spritzen:			
Künstliche Befruchtung (IVF)			
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion(ICSI)			
Kryotransfer			

## FRAGEBOGEN FÜR DIE FRAU

Bei vorausgegangenen Stimulationen der Eierstöcke oder Inseminationen: Welche Medikamente haben Sie erhalten?

Rauchen Sie?

- nein                       1-5 Zig./ Tag  
 6-10 Zig./Tag             11-15 Zig./d  
 16-20 Zig./Tag           mehr als 20

Vorausgegangene IVF-oder ICSI-Behandlungen: bitte mit dem zuletzt durchgeführten Zyklus beginnen!

Was ist Ihr Beruf? \_\_\_\_\_

Gibt es besondere gesundheitliche Belastungen durch Ihren Beruf?

Monat/ Jahr	IVF/ ICSI/ Kryo	Zahl Eizellen	Anzahl Embryo- beiTransfer	Zahl eingefroren	SS

\_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien, besonders aus dem medizinischen Bereich?

- Penicillin     Latex             andere

Haben Sie einen Allergiepass?  ja     nein

Gab es bei den IVF-/ICSI-Therapien Komplikationen?

Kennen Sie Ihre Blutgruppe?     ja             nein

Welche? \_\_\_\_\_

Bitte Blutgruppenausweis mitbringen!

\_\_\_\_\_

Blutgruppe:

### ALLGEMEIN

Körpergewicht (Kilogramm) \_\_\_\_\_ kg

Sind Sie gegen Röteln geimpft?     ja             nein

Größe (cm) \_\_\_\_\_ cm

Sind Sie gegen Windpocken geimpft?  ja             nein

Haben Sie im letzten Jahr mehr als 5 kg zu –oder abgenommen?     ja             nein

Bitte Impfpass mitbringen!

Haben Sie spezielle Ernährungsgewohnheiten, z.B. vegetarisch oder vegan?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Vitamine oder Hormone ein?

Welche? \_\_\_\_\_

Folsäure: Name des Präparates \_\_\_\_\_

Metformin: Dosis in mg / Tag \_\_\_\_\_

Betreiben Sie regelmäßig Sport?             nein

andere: \_\_\_\_\_

ja ( wenn ja, bitte Art des Sport benennen):

\_\_\_\_\_

Wann war die letzte Krebsvorsorge beim Frauenarzt?

Wieviele Stunden pro Woche: \_\_\_\_\_

(Monat/ Jahr) \_\_\_\_\_

## FRAGEBOGEN FÜR DIE FRAU

### GYNÄKOLOGISCHE VORGESCHICHTE

Datum der letzten Regelblutung: \_\_\_\_\_(Datum)

Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Blutung (Zyklusdauer)?

regelmäßig zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen

unregelmäßig zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen

zur Zeit keine Regelblutung

Seit \_\_\_\_\_ Wochen oder \_\_\_\_\_ Monaten

Wieviele Tage dauert im Durchschnitt die Regelblutung selbst? \_\_\_\_\_ Tage

Wie ist die Blutungsstärke?

leicht       mittel       stark

Haben Sie Zwischenblutungen? ... nein       ja

Schmierblutungen vor der Regel ?  nein  ja

Haben Sie Schmerzen während der Periode?

nein     leicht       mittel       stark

Wie häufig?  O selten     Ogeleg.       O immer

Wann beginnen die Schmerzen?

O bereits vor oder  O mit Einsetzen der Blutung

Werden die Schmerzen in den letzten Jahren stärker?

O ja     O nein, die Schmerzen sind seit der Pubertät ähnlich

Nehmen Sie Schmerzmittel zur Regel?  O nein

O ja -> welche? \_\_\_\_\_

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?

(Alter in Jahren) \_\_\_\_\_

Wie regelmäßig waren Ihre Monatszyklen in den ersten Jahren der Pubertät (ohne Einnahme der Pille oder von auslösenden Hormonen)?

O monatlich alle \_\_\_\_\_ Tage

O verlängert, bis zu \_\_\_\_\_ Wochen Abstand

O nie eine spontane Blutung

Haben Sie Verhütungsmassnahmen angewendet?

O „Pille“ (orale Kontrazeptiva) von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

O Kupferspirale /O Hormonspirale Mirena

Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ ( Jahr)

O Eileiterdurchtrennung \_\_\_\_\_ (Jahr)

O Dreimonatsspitze bis \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

O andere: \_\_\_\_\_

Haben Sie die folgenden körperlichen Veränderungen bemerkt:

Milchabgang aus der Brust

Onein       O nur auf Druck       O spontan

Vermehrte Körperbehaarung nach männlichem Muster:

O nein     O Gesicht     ORücken     OBrustkorb     Ozwischen Nabel und Schamhaar     O Oberschenkelinnenseite

Unreine Haut (Akne)

O nein       Oleicht       O mittel       Ostark

Gibt es gynäkologische Erkrankungen in der Vorgeschichte?

O nein

O Eierstock-oder Eileiterentzündung-> welche Behandlung wurde durchgeführt?

\_\_\_\_\_

## FRAGEBOGEN FÜR DIE FRAU

### ALLGEMEINE VORERKRANKUNGEN

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden:

Diabetes mellitus ( Zuckerkrankheit)

Herz/Kreislauf/Gefäßerkrankungen: z.B:

Thrombose  Embolie  Herzinfarkt  Schlaganfall

Bluthochdruck  andere \_\_\_\_\_

Epilepsie  psychische Erkrankungen

Nierenerkrankungen

Lebererkrankungen

Lungenerkrankungen

Migräne  Kopfschmerzen

Tumorerkrankungen: \_\_\_\_\_

Erbkrankheiten: \_\_\_\_\_

andere: \_\_\_\_\_

### FAMILIE

Gibt es in der engeren Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden? Bei wem?

Diabetes mellitus ( Zuckerkrankheit) \_\_\_\_\_

Thrombose \_\_\_\_\_

Embolie \_\_\_\_\_

Herzinfarkt \_\_\_\_\_

Schlaganfall \_\_\_\_\_

Krebserkrankung : \_\_\_\_\_

ungewollte Kinderlosigkeit \_\_\_\_\_

Erbkrankheiten: \_\_\_\_\_

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Endometriose-> welche Behandlung wurde durchgeführt? \_\_\_\_\_

andere \_\_\_\_\_

### OPERATIONEN

Sind Sie schon einmal am Unterleib operiert worden?

(wenn ja, nach Möglichkeit OP-Berichte mitbringen)

Gebärmutter Spiegelung \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bauch Spiegelung(en) \_\_\_\_\_ (Jahr)

\_\_\_\_\_ (Jahr)

\_\_\_\_\_ (Jahr)

Bauchschnitt(e): \_\_\_\_\_

Eileiterdurchgängigkeitsprüfung:  nein

Ja:  durch Bauch Spiegelung

durch Ultraschall mit Kontrastmittel (Echovist)

durch Röntgen

Ergebnis: \_\_\_\_\_

Blinddarmfortsatzentfernung

andere Operationen in Narkose:

\_\_\_\_\_