



Sehr geehrte Patientin,

um das Erstgespräch in unserer Kinderwunschsprechstunde zu vereinfachen, möchten wir Sie bitten den folgenden Fragebogen auszufüllen.

*Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an. Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.*

Die Angaben sind wichtig um Sie im gemeinsamen Gespräch optimal beraten zu können. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder wollen ist das kein Problem. Wir werden im Erstgespräch Zeit haben die offenen Fragen zu klären.

Bitte bringen Sie weiterführende Informationen wie Arztbriefe, Behandlungsprotokolle o.ä. zum Erstgespräch mit.

**Patientenfragebogen für die Frau**

**Partner:**

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Adresse:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Mobil:</b>	
<b>Beruf:</b>	

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Adresse:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Mobil:</b>	
<b>Beruf:</b>	

Verheiratet mit dem o.g. Partner Ja  seit \_\_\_\_\_ Nein

**Vorgeschichte:**

**Seit wann haben Sie Kinderwunsch?** \_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

**Waren Sie schon einmal schwanger?** Nein  Ja

Falls ja, ergänzen Sie bitte:

Jahr	mit dem jetzigen Partner	Kinderwunschbehandlung	Ausgang:
	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Geburt <input type="checkbox"/> Fehlgeburt/Abbruch <input type="checkbox"/> SS-Woche: _____
	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Geburt <input type="checkbox"/> Fehlgeburt/Abbruch <input type="checkbox"/> SS-Woche: _____
	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>	Geburt <input type="checkbox"/> Fehlgeburt/Abbruch <input type="checkbox"/> SS-Woche: _____



**Waren Sie bereits wegen unerfülltem Kinderwunsch in ärztlicher Behandlung?**

Nein  Ja

(z.B. hormonelle Therapie, Spermienübertragung, künstliche Befruchtung)

Falls ja, ergänzen Sie bitte:

Jahr	Art der Behandlung	Medikamente

**Wurde die Durchgängigkeit Ihrer Eileiter bereits überprüft?**

Nein  Ja

Wenn ja, welchem Jahr? \_\_\_\_\_ mit welchem Ergebnis?  durchgängig  verschlossen

Anmerkung: \_\_\_\_\_

**Wurden bei Ihnen Operationen im Bauchraum oder am Unterleib durchgeführt?**

Nein  Ja

Falls ja, ergänzen Sie bitte:

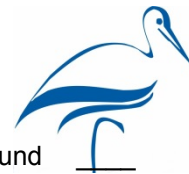
Jahr	durchgeführte Operation	Grund der Operation	Wo wurde die Operation durchgeführt ?

**Wer ist Ihr behandelnder Frauenarzt?** \_\_\_\_\_

Wann war die letzte gynäkologische Vorsorge? \_\_\_\_\_

**Menstruationszyklus**

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung? \_\_\_\_\_ Jahre



Wie lange ist der aktuelle Abstand vom 1.Tag Ihrer Blutung bis zum 1.Tag der darauf folgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?  
Tagen

zwischen \_\_\_\_ und \_\_\_\_

Wann war der erste Tag der letzten Regelblutung?

\_\_\_\_\_ (Datum)

Wie lange dauert im Schnitt Ihre Regelblutung?  
Tagen

zwischen \_\_\_\_ und \_\_\_\_

Haben Sie Schmierblutungen vor  oder nach  der Monatsblutung?

Nein  Ja

Haben Sie Zwischenblutungen?

Nein  Ja

Haben Sie Schmerzen während der Monatsblutung?  
manchmal  schwach  mäßig  stark

Benötigen Sie dann Schmerztabletten?

Nein  Ja  \_\_\_\_\_

Wie schätzen Sie die Stärke Ihrer Monatsblutung ein?

schwach  mäßig  stark

### Eigenanamnese

Wie groß sind Sie?

\_\_\_\_\_ cm

Wie schwer sind Sie?

\_\_\_\_\_ kg

Haben Sie in den letzten Jahren stark zugenommen oder abgenommen?

Nein  Ja  \_\_\_\_\_

### Rauchen Sie?

Nein  Ja

1-5 Zig. pro Tag  6-15 Zig. pro Tag  >16 Zig. pro Tag

Trinken Sie Alkohol?  nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

Nehmen Sie Drogen?  nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

### Sind Sie gegen Röteln geimpft?

Nein  Ja

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_

### Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?

Nein  Ja

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_

### Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? Wenn ja, seit wann?

Epilepsie

Herz-/Kreislaufkrankungen

Unterleibschmerzen

Thrombose/ Blutgerinnsel

Nierenerkrankungen

Asthma/ chronische Bronchitis

Lebererkrankungen

Magen- /Darmerkrankungen

Kopfschmerzen

Migräne

Zuckerkrankheit (Insulinpflichtig:  
ja  nein

sonstige:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bösartige Erkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Psychische Erkrankungen



Nein  Ja

**Haben Sie Allergien?**

Falls ja, ergänzen Sie bitte: \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

Nein  Ja

Wenn ja, notieren Sie bitte den Namen des Medikamentes mit Dosierungsangabe und seit wann Sie das Medikament nehmen.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Folsäure bzw. Jod ein?**

Folsäure  Iod

**Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Fehlbildungen oder andere schwere Leiden?**

Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sich die Ärzte und das Personal des UKGM über meine Befunde und die erfolgte und geplante Diagnostik und Therapie meiner Kinderwunschbehandlung mit meinem o.g. Partner beraten können und diesem Auskunft erteilen dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit widerrufen werden kann.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift Patientin : \_\_\_\_\_

**Weitere Anmerkungen oder Fragen die Sie gerne im Erstgespräch stellen möchten:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_