

## Ihr persönlicher Erstgesprächsfragebogen

Liebes Paar,

wir freuen uns, Sie in unserem Kinderwunschzentrum bald persönlich zu begrüßen.

Bitte nehmen Sie sich vorab ein paar Minuten Zeit und füllen Sie diesen für Ihre persönliche Beratung und ggf. Ihre Kinderwunsch-Behandlung sehr wichtigen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir Sie bestmöglich betreuen und das optimale Vorgehen gemeinsam mit Ihnen wählen!

Außerdem bitten wir Sie, **zu Ihrem Erstgespräch Folgendes mitzubringen (soweit vorhanden):**

- diesen **ausgefüllten Bogen**
- **AMH-Wert** (Marker für die Eizellreserve; nicht älter als 1 Jahr)
- **TSH-Wert** (Schilddrüsenwert; nicht älter als 6 Monate)
- **PAP-Abstrich** (Krebsvorsorgeabstrich beim Frauenarzt/ärztin)
- **Blutgruppe** (z.B. im Blutspendeausweis oder alten Mutterpass)
- Impfstatus (Impfausweis oder direkt den **Röteltiter und Windpockentiter**)
- **Karyotyp** (Genetischer Befund)
- **Gerinnungsdiagnostik**

Vielen Dank!

Name der Frau _____	Vorname _____
Geburtsname _____	Geburtsdatum __/__/____ Alter _____
Geburtsland _____	
Straße _____	PLZ/Ort _____
Anfahrtsdauer zu uns _____	
Telefon _____	Handy _____
Fax _____	E-Mail _____
Beruf _____	Krankenversicherung _____
Behandelnder Frauenarzt/ärztin _____	
Adresse _____	Telefon _____
Behandelnder Hausarzt/ärztin _____	
Adresse _____	Telefon _____

Name des Partners/ Ehemannes _____
Geburtsdatum __/__/____ Alter _____ Geburtsort _____
Adresse _____ Telefon/ Handy _____
Beruf _____ Krankenversicherung _____
Behandelnder Urologe/ Androloge _____

## Beide Partner

### Partnerschaft und Kinderwunsch

Seit wann besteht Ihre Lebenspartnerschaft?	Seit:
Sind Sie miteinander verheiratet?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Seit:
Seit wann wünschen Sie sich in dieser Partnerschaft bereits ein Kind?	Seit:
Seit wann verhüten Sie aktuell nicht mehr?	Seit:
Haben Sie sich bereits durch andere Informationsquellen über therapeutische Möglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch informiert?	Welche?
Wie oder durch wen haben Sie von uns und unserem Angebot erfahren?	<input type="radio"/> Frauenarzt <input type="radio"/> Urologe <input type="radio"/> Freunde oder Bekannte <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Anzeige, z.B. KN oder Kielerleben <input type="radio"/> Social Media, z.B. Facebook oder Instagram <input type="radio"/> Sonstiges:
Haben Sie sich in den letzten 6 Monaten im außereuropäischen Ausland aufgehalten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wo?

## Fragen an die Frau

### Lifestyle

Wie häufig trinken Sie Alkohol?	<input type="radio"/> nie/selten <input type="radio"/> bei Feiern/gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig
Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ Zigaretten pro Tag über/seit _____ Jahren
Geraten Sie in Beruf oder Hobby in Kontakt mit chemischen Substanzen, Dämpfen oder Ähnlichem?	Welche?
Wie schwer und wie groß sind Sie?	_____ kg und _____ cm
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Welche Sportart und wie häufig?
Haben Sie eine Essstörung (Bulimie, Magersucht o.ä.)	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

### Monatliche Regelblutung

Wann war Ihre letzte Regelblutung vor diesem Termin?	
Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung?	
Nehmen Sie während der Regelblutung Schmerzmittel ein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wie viele Tage bluten Sie?	
Wie lang ist Ihr Zyklus (Zeitraum vom 1. Tag der Regelblutung bis zum 1. Tag der nächsten Regelblutung; Beispiel: zwischen 28 und 30 Tagen)	zwischen _____ und _____ Tagen <input type="radio"/> Ich habe gar keine Regelblutung mehr
Haben Sie Schmierblutungen, z.B. vor oder nach Ihrer Regelblutung oder auch mitten im Monatszyklus?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wann?
Haben Sie Zwischenblutungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wann?

**Haben Sie folgende körperliche Veränderungen bemerkt?**

Verstärkten Haarausfall	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Zunahme der Körperbehaarung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Unreine Haut oder Akne	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Abgang von Flüssigkeit aus Ihrer Brust	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Verhütung und Geschlechtsverkehr**

Haben Sie früher mit einer Spirale verhütet?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Haben Sie früher mit einer 3-Monatsspritze verhütet?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Haben Sie die Pille genommen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Bis wann?</b>
Wie häufig haben Sie durchschnittlich Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner?	ca. _____ mal pro Woche ca. _____ mal pro Monat

**Bisherige Schwangerschaften**

Waren Sie schon einmal schwanger?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein									
Wenn ja, von Ihrem jetzigen Partner?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein									
Wie lange hat es bei ungeschütztem Verkehr gedauert, bis die Schwangerschaft eintrat?	_____ Monate/ Jahre									
Haben Sie bereits eigene Kinder?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;">Geburtsjahr</th> <th style="width: 40%;">Art der Entbindung*</th> <th style="width: 30%;">Besonderheiten</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table> *z.B. normale Entbindung/Kaiserschnitt	Geburtsjahr	Art der Entbindung*	Besonderheiten						
Geburtsjahr	Art der Entbindung*	Besonderheiten								
Hatten Sie Fehlgeburten?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  <b>Wann und in welcher Schwangerschaftswoche?</b>									
Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Wann?</b>									

**Bisherige Kinderwunschtherapie**

Waren Sie wegen unerfüllten Kinderwunsches bei anderen Ärzten in Behandlung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  <b>Ich war in Behandlung bei</b>									
Wenn ja, mit welchen Behandlungen (z.B. Zykluskontrolle, Insemination, IVF, ICSI) und Medikamenten?	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 25%;">Zeitraum</th> <th style="width: 45%;">Therapie</th> <th style="width: 30%;">Medikament</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	Zeitraum	Therapie	Medikament						
Zeitraum	Therapie	Medikament								
Nehmen Sie Folsäure ein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein									
Nehmen Sie ein Vitamin-D-Präparat ein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein									

**Vorerkrankungen/Operationen**

Hatten Sie Unterleibsentzündungen, z.B. mit Chlamydien?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Ist bei Ihnen eine „Endometriose“ bekannt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wurden bei Ihnen Operationen an Bauch- oder Unterleib durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Welche und wann?
Ist bei Ihnen schon einmal die Eileiterdurchgängigkeit untersucht worden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Wie war das Ergebnis?
Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?  Schilddrüsenerkrankung Thrombose/Lungenembolie Bluthochdruck Zuckerkrankheit/Diabetes Migräne Krampfleiden/Epilepsie Andere	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Welche?
Nehmen Sie Medikamente ein?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Welche und in welcher Dosierung?
Haben Sie Allergien?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Welche?
Sind folgende Erkrankungen bei Ihren Eltern/ Geschwistern bekannt?	<input type="radio"/> Erbkrankheiten: <input type="radio"/> Krebserkrankungen: <input type="radio"/> Thrombose/Embolie/Gerinnungsstörungen <input type="radio"/> Unerfüllter Kinderwunsch <input type="radio"/> Andere:

## Fragen an den Mann

### Lifestyle

Wie häufig trinken Sie Alkohol?	<input type="radio"/> nie/selten <input type="radio"/> bei Feiern/gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig
Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein _____ Zigaretten pro Tag über/seit _____ Jahren
Geraten Sie in Beruf oder Hobby in Kontakt mit chemischen Substanzen, Dämpfen oder Ähnlichem?	Welche?
Wie schwer und wie groß sind Sie?	_____ kg und _____ cm
Treiben Sie regelmäßig Sport?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Welche Sportart und wie häufig?

### Zeugungsfähigkeit

Haben Sie Kinder aus einer anderen Partnerschaft?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wie viele?
Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wann wurde er therapiert?
Hatten Sie schon einmal eine Hodenentzündung?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wann?
Liegt bei Ihnen eine Fehlbildung im Genitalbereich vor?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wann?
Sind Sie im Genitalbereich schon einmal verletzt worden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wann und was?
Wurden Sie im Genitalbereich schon einmal operiert?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wann und was?
Wurde eine Samenleiterdurchtrennung (Sterilisation) durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wurden Sie von einem Urologen bereits auf Zeugungsfähigkeit hin untersucht?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wurde bereits eine Samenanalyse (Spermiogramm) durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wie war das Ergebnis?
Wurde bei Ihnen bereits eine Hodenbiopsie (TESE) durchgeführt?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wie war das Ergebnis?

**Vorerkrankungen / Operationen**

<b>Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?</b> Schilddrüsenerkrankung Thrombose/Lungenembolie Bluthochdruck Zuckerkrankheit/Diabetes Mumps Krampfleiden/Epilepsie Andere	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Welche?</b>
<b>Nehmen Sie Medikamente ein?</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Welche und in welcher Dosierung?</b>
<b>Haben Sie Allergien?</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>Welche?</b>
<b>Sind folgende Erkrankungen bei Ihren Eltern/ Geschwistern bekannt?</b>	<input type="radio"/> Erbkrankheiten: <input type="radio"/> Krebserkrankungen: <input type="radio"/> Thrombose/Embolie/Gerinnungsstörungen <input type="radio"/> Unerfüllter Kinderwunsch <input type="radio"/> Andere: