

Liebes Paar,

wir freuen uns, Sie bald in unserem Kinderwunschzentrum 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 Fragebogen
- TSH-Wert (Schilddrüsenwert, nicht älter als 6 Monate)
- PAP-Abstrich, ab 35 Jahre zusätzlich HPV-Test (Krebsvorsorgeabstrich bei Frauenärzt:in)
- Blutgruppe (z. B. im Blutspendeausweis oder alten Mutterpass)
- Impfausweis (oder alternativ Röteltiter und Windpockentiter)
- Karyotyp (Genetischer Befund)
- Gerinnungsdiagnostik
- OP-Berichte (z. B. Bauchspiegelung/ Chromopertubation o.Ä.)

Herzlichen Dank!

Ihr Team vom **fertilitycenter**

KONTAKTDATEN FRAU Bitte tragen Sie hier die Daten der Frau ein.

Name _____ Vorname _____

Geburtsname _____ Geburtsdatum ____ . ____ . ____ Alter _____

Geburtsland _____ Geburtsort _____

Straße, Hausnr. _____ PLZ/Ort _____

Anfahrtsdauer zum fertilitycenter _____

Telefon _____ Handy _____

Fax _____ E-Mail _____

Beruf _____ Krankenversicherung _____

Behandelnde/r Frauenärzt:in _____

Adresse _____ Telefon _____

Behandelnde/r Hausärzt:in _____

Adresse _____ Telefon _____

KONTAKTDATEN MANN Bitte tragen Sie hier die Daten des Mannes ein.

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum ____ . ____ . ____ Alter _____ Geburtsland _____ Geburtsort _____

Adresse _____ Telefon/ Handy _____

Beruf _____ Krankenversicherung _____

Behandelnde/r Urolog:in bzw. Androlog:in _____



Fragen an beide Partner – Bitte beantworten Sie diese Fragen gemeinsam.

PARTNERSCHAFT & KINDERWUNSCH

- Seit wann besteht Ihre Lebenspartnerschaft? Seit _____
- Sind Sie miteinander verheiratet? Ja, seit _____ Nein
- 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? Ja Nein
Welche? _____
- Wie oder durch wen haben Sie von uns und unserem Angebot erfahren?
 Frauenärzt:in Urolog:in Freund:innen oder Bekannte Internet
 Anzeigen, z.B. Kieler Nachrichten, KIELerleben Social Media, z.B. Facebook, Instagram
 Sonstiges: _____
- Haben Sie sich in den letzten 6 Monaten im außereuropäischen Ausland aufgehalten? Ja, in _____ Nein

Fragen an die Frau

LIFESTYLE

- Wie häufig trinken Sie Alkohol? nie/selten gelegentlich/bei Feiern regelmäßig
- Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? Ja, _____ Zigaretten pro Tag/über _____ Jahre
 Nein
- Haben Sie in Beruf/Freizeit Kontakt mit chemischen Substanzen, Dämpfen oder Ähnlichem? Ja, mit _____
 Nein
- Wieviel wiegen Sie und wie groß sind Sie? Gewicht _____ kg Größe _____ cm
- Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein
Welche Sportart und wie häufig?

- Haben oder hatten Sie eine Essstörung (Bulimie, Magersucht o.ä.)? Ja 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? Ja Nein
- Wie viele Tage bluten Sie? _____
- Wie lang ist Ihr Zyklus?
Zeitraum vom 1. Tag der Regelblutung bis zum 1. Tag der nächsten Regelblutung; z.B. zwischen 28 und 30 Tagen
zwischen _____ und _____ Tagen
 Ich habe gar keine Regelblutung mehr.
- Haben Sie Schmierblutungen, z.B. vor oder nach Ihrer Regelblutung oder auch mitten im Monatszyklus? Wenn ja, wann? _____
 Nein
- Haben Sie Zwischenblutungen? Wenn ja, wann? _____
 Nein



Haben Sie KÖRPERLICHE VERÄNDERUNGEN an sich bemerkt?

- Verstärkten Haarausfall Ja Nein
- Zunahme der Körperbehaarung Ja Nein
- Unreine Haut oder Akne Ja Nein
- Abgang von Flüssigkeit aus Ihrer Brust Ja Nein

VERHÜTUNG & GESCHLECHTSVERKEHR

- Haben Sie früher mit einer Spirale verhütet? Ja Nein
- Haben Sie früher mit einer 3-Monatsspritze verhütet? Ja Nein
- Haben Sie die Pille genommen? Ja Nein
- Bis wann? _____
- Wie häufig haben Sie durchschnittlich Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner? ca. _____ mal pro Woche
- ca. _____ mal pro Monat

BISHERIGE SCHWANGERSCHAFTEN

- Waren Sie schon einmal schwanger? Ja Nein
- Wenn ja, von Ihrem jetzigen Partner? Ja Nein
- Wie lange hat es bei ungeschütztem Verkehr gedauert, bis die Schwangerschaft eintrat? _____ Jahre _____ Monate
- Haben Sie bereits eigene Kinder? Ja Nein
- | Geburtsjahr | Art der Entbindung* | Besonderheiten |
|-------------|---------------------|----------------|
| | | |
| | | |
- *z.B. normale Entbindung, Kaiserschnitt
- Hatten Sie Fehlgeburten? Ja Nein
- Wann und in welcher Schwangerschaftswoche? _____
- Ist eine Ausschabung durchgeführt worden? Ja Nein
- Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche? Ja Nein
- Wann? _____
- Hatten Sie Eileiter-/Bauchhöhlenschwangerschaften? Ja Nein
- Wann? _____
- Welcher Eileiter war betroffen? rechts links
- Ist der Eileiter bei der OP erhalten worden? Ja Nein



BISHERIGE KINDERWUNSCHTHERAPIE

Waren Sie wegen unerfüllten Kinderwunsches bei anderen Ärzt:innen in Behandlung?

Ja Nein

Ich war in Behandlung bei _____

Wenn ja, mit welchen Behandlungen (z.B. Zykluskontrolle, Insemination, IVF, ICSI) und welchen Medikamenten?

Zeitraum	Therapie	Medikament

Nehmen Sie Folsäure ein?

Ja Nein

Nehmen Sie ein Vitamin-D-Präparat ein?

Ja Nein

VORERKRANKUNGEN & OPERATIONEN

Hatten Sie Unterleibsentzündungen, z.B. mit Chlamydien?

Ja Nein

Ist bei Ihnen eine Endometriose bekannt?

Ja Nein

Wurden bei Ihnen Operationen an Bauch- oder Unterleib durchgeführt?

Ja Nein

Welche und wann? _____

Ist bei Ihnen schon einmal die Eileiterdurchgängigkeit untersucht worden?

Ja Nein

Mit welchem Ergebnis? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Schilddrüsenerkrankung

Thrombose/Lungenembolie

Bluthochdruck

Zuckerkrankheit/Diabetes

Migräne

Krampfleiden/Epilepsie

Andere: _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

Ja Nein

Welche und in welcher Dosierung? _____

Haben Sie Allergien?

Ja Nein

Welche? _____

Sind folgende Erkrankungen bei Ihren Eltern oder Geschwistern bekannt?

Erbkrankheiten: _____

Krebserkrankungen: _____

Thrombose/Embolie/Gerinnungsstörungen

Unerfüllter Kinderwunsch

Andere: _____



Fragen an den Mann

LIFESTYLE

- Wie häufig trinken Sie Alkohol? nie/selten gelegentlich/bei Feiern regelmäßig
- Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? Ja, _____ Zigaretten pro Tag/über _____ Jahre
 Nein
- Haben Sie in Beruf/Freizeit Kontakt mit chemischen Substanzen, Dämpfen oder Ähnlichem? Ja, mit _____
 Nein
- Wieviel wiegen Sie und wie groß sind Sie? Gewicht _____ kg Größe _____ cm
- Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein
Welche Sportart und wie häufig?

ZEUGUNGSFÄHIGKEIT

- Haben Sie Kinder aus einer anderen Partnerschaft? Ja Nein
Wie viele? _____
- Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand? Ja Nein
Wann wurde therapiert? _____
- Hatten Sie schon einmal eine Hodenentzündung? Ja Nein
Wann? _____
- Liegt bei Ihnen eine Fehlbildung im Genitalbereich vor? Ja Nein
Wo genau? _____
- Sind Sie im Genitalbereich schon einmal verletzt worden? Ja Nein
Wann und was? _____
- Wurden Sie im Genitalbereich schon einmal operiert? Ja Nein
Wann und was? _____
- Wurde eine Samenleiterdurchtrennung (Sterilisation) durchgeführt? Ja Nein
- Wurden Sie bereits von einem Urologen/einer Urologin auf Zeugungsfähigkeit untersucht? Ja Nein
- Wurde bereits eine Samenanalyse (Spermiogramm) durchgeführt? Ja Nein
Mit welchem Ergebnis? _____
- Wurde bei Ihnen bereits eine Hodenbiopsie (TESE) durchgeführt? Ja Nein
Mit welchem Ergebnis? _____



VORERKRANKUNGEN & OPERATIONEN

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

- Schilddrüsenerkrankung
- Thrombose/Lungenembolie
- Bluthochdruck
- Zuckerkrankheit/Diabetes
- Mumps
- Krampfleiden/Epilepsie
- Andere: _____

Nehmen Sie Medikamente ein?

- Ja Nein

Welche und in welcher Dosierung? _____

Haben Sie Allergien?

- Ja Nein

Welche? _____

Sind folgende Erkrankungen bei Ihren Eltern oder Geschwistern bekannt?

- Erbkrankheiten: _____
- Krebserkrankungen: _____
- Thrombose/Embolie/Gerinnungsstörungen
- Unerfüllter Kinderwunsch
- Andere: _____