

Liebe Patientin,
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 Frauenarzt/-ärztin)
- 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

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 _____



ALLGEMEINES

Wie oder durch wen haben Sie von uns und unserem Angebot erfahren?

- Frauenärzt: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

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?

zwischen _____ und _____ Tagen

Zeitraum vom 1. Tag der Regelblutung bis zum 1. Tag der nächsten Regelblutung; z.B. zwischen 28 und 30 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? _____

BISHERIGE SCHWANGERSCHAFTEN

- Waren Sie schon einmal schwanger? 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: _____