

Liebe Patient:in,
 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 Blutspendenausweis 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?

- ☐ 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 (z.B. vaginale Entbindung, Kaiserschnitt)	Schwangerschaftskomplikationen

- Hatten Sie Fehlgeburten? ☐ Ja ☐ Nein

— Wann und in welcher Schwangerschaftswoche? _____

- Ist eine OP durchgeführt worden? ☐ Ja ☐ Nein

- Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche? ☐ Ja ☐ Nein

Wann? _____

- Ist eine OP durchgeführt worden? ☐ Ja ☐ Nein

- 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 Jod 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: _____