



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

Datum Erstgespräch: _____ Arzt: _____ Überweiser: _____

Name:	_____
Vorname:	_____
Adresse:	_____
Name Partner:	_____
Telefon:	_____
Handy:	_____
Krankenkasse:	_____

¹ **Geburtsdatum:** _____ **Alter:** _____

² **Sind Sie miteinander verheiratet?** ja nein

³ **Seit wann haben Sie Kinderwunsch?**
 _____ (Monat, Jahr)

⁴ **Wie sind Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?**
 Gewicht (Kilo): _____ Größe (cm): _____
BMI: _____
Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?
 nein ja, mit Zunahme ja, mit Abnahme

⁵ **Haben Sie regelmäßig Sexualverkehr?**
 ja nein

⁶ **Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?**
 nein ja, seit _____ (Jahr)

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Samenübertragung - mit Samen des Partners	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Samenübertragung - mit Spendersamen	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung (IVF)	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

⁷ **Waren Sie bereits schwanger?**
 nein ja
- falls ja, Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft?
 _____ Monate

Jahr	Geburt (G)? Fehlgeburt (F)? Abbruch (A)?	Mit jetzigem Partner?	Nach Kinderwunschbehandlung?
_____	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
_____	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
_____	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
_____	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Traten Komplikationen auf? nein ja

⁸ **Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?**
Pille: nein ja: von _____ bis _____
Spirale: nein ja: von _____ bis _____
Haben Sie sich sterilisieren lassen?
 nein ja (wann?) _____

⁹ **Datum der letzten Regel?** _____
Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauf folgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?
 regelmäßig zwischen _____ und _____ Tagen
 unregelmäßig zwischen _____ und _____ Tagen
 zur Zeit keine Regelblutung
 seit _____ Tagen Wochen Monaten

¹⁰ **Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt?**
 - zwischen _____ und _____ Tagen
Wie ist die Blutungsstärke der Regel?
 leicht mittel stark
Haben Sie Zwischenblutungen? nein ja
- oder Schmierblutungen ja, vorher
vor bzw. nach der Regel? nein ja, nachher

¹⁰ **Haben Sie Schmerzen während der Periode?**
 nein leicht mittel stark
Wie häufig? selten geleg. immer
Einnahme von Schmerztabletten nein ja



12 Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft?
 nein ja (wann?)

- falls ja, mit welcher Methode?
 Ultraschall Röntgen Bauchspiegelung

- mit welchem Ergebnis?
 Eileiter links: durchgängig verschlossen
 Eileiter rechts: durchgängig verschlossen

13 Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?
 nein ja (welche?) **Jahr**

.....
.....
.....

14 Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden? nein
(seit) Jahr

- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- insulinpflichtig? ja nein
- Epilepsie
- Unterleibsschmerzen
- Asthma / chron. Bronchitis
- Magen-/ Darmerkrankung
- Nierenerkrankung
- Nebennierenerkrankung
- Lebererkrankung
- Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßerkrankung
- Krebs / andere Tumore
- welche?
- Kopfschmerzen
- Migräne

Nehmen Sie Medikamente ein?
 nein ja (welche?)

15 Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?
 nein ja (wann?)

- mit welchem Ergebnis?
 unbekannt ohne Befund auffällig
- falls auffällig, mit welchem Befund?

.....

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?
 nein ja (welche?)

16 Haben Sie Allergien?
 nein ja (welche?)

.....

17 Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?

- nein Schichtarbeit
- Lärm fehlendes Tageslicht
- Stäube schwere körp. Belastung
- Chemikalien Gase/Aerosole

18 Trinken Sie Alkohol?
 nie selten gelegentlich regelmäßig

Rauchen Sie?
 nein 1-5 Zig./Tag
 6-10 Zig./Tag 11-15 Zig./Tag
 16-20 Zig./Tag mehr als 20 (Anzahl?)

19 Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, gehäufte Fehlgeburten, Totgeburten, Thrombosen, Embolien, Diabetes, oder ungewollte Kinderlosigkeit?

nein
 ja, (welche?)

20 Welcher Tätigkeit gehen sie nach?

.....

21 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

(Name und Adresse)

Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?

(Name und Adresse)

22 Von wem wurden wir empfohlen?

.....

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch auch Ihren **Personalausweis** oder **Reisepass** mit.
 Besten Dank.