



**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:	_____

<sup>1</sup> **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> **Sind Sie miteinander verheiratet?**  ja  nein

<sup>3</sup> **Seit wann haben Sie Kinderwunsch?**  
\_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

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

<sup>5</sup> **Haben Sie regelmäßig Sexualverkehr?**  
 ja  nein

<sup>6</sup> **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

<sup>7</sup> **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

<sup>8</sup> **Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?**  
**Pille:**  nein  ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
**Spirale:**  nein  ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
**Haben Sie sich sterilisieren lassen?**  
 nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

<sup>9</sup> **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

<sup>10</sup> **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

<sup>10</sup> **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.