



Datum Erstgespräch: _____ Arzt: _____ Überweiser: _____

Name:	_____
Vorname:	_____
Adresse:	_____
Geb. Datum	_____
Telefon:	_____
Beruf:	_____

- falls ja, wie viele Ärzte haben Sie bereits aufgesucht? Ärzte

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
Insemination - mit Spermia des Partners	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Insemination - mit Spendersperma	<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
GIFT	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
andere	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

¹ Alter:

² 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?	Kaiserschnitt
.....	<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"/> ja <input type="radio"/> nein

.....

.....

.....

.....

Traten Komplikationen auf?

nein ja

³ Sind Sie miteinander verheiratet? ja nein

Seit wann besteht Ihre jetzige Ehe (Lebenspartnerschaft)? (Datum)

⁴ Seit wann haben Sie einen Kinderwunsch?

(Monat, Jahr)

Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit ihrem Partner?

- ca. Mal pro Woche

- ca. Mal pro Monat

⁵ Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?

nein ja, seit (Jahr)

⁶ Bei vorausgegangenen Stimulationen der Eierstöcke oder Inseminationen:

Welche Medikamente haben Sie dafür erhalten?

Gab es dabei Komplikationen?

nein Überstimulationssyndrom
 Blutungen sonstige (welche?)



Name:	
Vorname:	
Geb. Datum	

7 Vorausgegangene IVF- oder ICSI-Behandlungen*:

* falls Sie bereits mehr als vier IVF- oder ICSI-Behandlungen hatten, bitte nachfolgend die letzten vier angeben

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
1		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
2		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
3		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
4		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

Gab es bei IVF- / ICSI-Therapien Komplikationen?

- nein Überstimulationssyndrom
 Blutungen sonstige (welche?)

8 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

9 Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?

- nein ja (welche?) Jahr

11 In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?

- mit _____ Jahren

13 Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?

- Pille:** nein ja: von _____ bis _____

- Spirale:** nein ja: von _____ bis _____

Haben Sie sich sterilisieren lassen?

- nein ja (wann?) _____

Gab es Komplikationen?

- nein ja (welche?) _____

14 Haben Sie bereits Ihre Basaltemperatur zur Bestimmung Ihrer fruchtbaren Tage gemessen (oder Urintests durchgeführt)?

- nein ja

- mit welchem Ergebnis?

- unauffällig auffällig



Name:	
Vorname:	
Geb. Datum:	

15 Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?

regelmäßig zwischen und Tagen

unregelmäßig zwischen und Tagen

zur Zeit keine Regelblutung
seit Tagen Wochen Monaten

16 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 vor bzw. nach der Regel? ja, vorher ja, nachher nein

Datum der letzten Regel?

17 Haben Sie Schmerzen während der Periode?

nein leicht mittel stark

Wie häufig? selten geleg. immer

Einnahme von Schmerztabletten? nein ja

Wann beginnen die Schmerzen?

vor ... mit ... dem Einsetzen der Blutung

Wann sind die Schmerzen am stärksten?

vor ... mit ... dem Einsetzen der Blutung

Haben Sie seit Ihrer ersten Monatsblutung Schmerzen?

nein ja

18 Haben Sie sonstige Unterleibsschmerzen?

nein selten öfters immer

Schmerzen beim Wasserlassen? nein ja

Schmerzen beim Stuhlgang? nein ja

Blutbeimengungen im Urin nein ja

Blutbeimengungen im Stuhl nein ja

Schmerzen beim Verkehr? nein ja

22 Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (Kilo): Größe (cm):

25 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?)

27 Haben Sie Allergien?

nein ja (welche?)

.....

.....

Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?

nein ja

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?

.....

.....

28 Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden? nein

(seit) Jahr

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



Name:	
Vorname:	
Geb. Datum:	

³⁰ **Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?**

nein ja (wann?)

- falls ja, mit welcher Methode?

Ultraschall radiologisch Bluttest

- mit welchem Ergebnis?

unbekannt ohne Befund auffällig

- falls auffällig, mit welchem Befund?

.....

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

nein ja (welche?)

.....

³¹ **Wurden, außer im Bauchraum oder Unterleib, bereits andere Operationen durchgeführt?**

nein ja (welche?) **Jahr**

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

³² **Leiden Sie an weiteren Begleiterkrankungen und welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein?**

<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja (welche?)	Medikamente
.....
.....
.....

³³ **Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?**

nein
 ja, mütterlicherseits (welche?)

.....

ja, väterlicherseits (welche?)

.....

³⁴ **Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt ?**

nein ja

- mit welchem Ergebnis?

unauffällig auffällig

³⁵ **Wurde ein genetischer Test auf cystische Fibrose (CFTR) durchgeführt?**

nein ja

- mit welchem Ergebnis?

unauffällig auffällig

³⁶ **Sind Sie bereits geimpft gegen:**

Röteln

nein ja unbekannt

Varizellen

nein ja unbekannt

Pertussis

nein ja unbekannt

Bemerkungen