



Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Partner\*in (Name, Vorname) \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

	ja	nein	Bemerkung
aktuell berufstätig?			
verheiratet (mit Partner*in)			
verwandt (mit Partner*in)			

Kinderwunsch / gemeinsamer Kinderwunsch seit \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_ kg    Größe \_\_\_\_\_ cm    BMI \_\_\_\_\_

**Allgemeine Krankengeschichte & Risikofaktoren:**

Haben Sie sich bereits einmal wegen einer der folgenden Erkrankungen in ärztlicher Behandlung befunden?

	ja	nein	Bemerkung
Schilddrüsenerkrankung			
Thrombose			
Bluthochdruck			
Diabetes			
Epilepsie			

Leiden Sie unter anderen Erkrankungen (angeborene, erworbene oder chronische Erkrankungen), Infektionen, Z.n. Unfällen, nicht aufgeführte Zustände?

\_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie, in welcher Dosis?

\_\_\_\_\_



Wurde bei Ihnen eine genetische Untersuchung durchgeführt?

Nein

Ja

Wenn ja, warum, wann, was wurde untersucht und erfolgte eine genetische Beratung?

---

Wurde bei Ihnen die Durchgängigkeit der Eileiter untersucht?

Nein

Ja

Wenn ja:

1. Methode:            Röntgen  
                              Ultraschall mit Kontrastmittel  
                              Bauchspiegelung

2. Jahr und Ergebnis:

---

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_

**Vorausgegangene Operationen:**

Hatten Sie Operationen an Unterbauchorganen? z.B. Blinddarm, Gebärmutter,  
Eierstöcke, Eileiter

Nein

Ja

Wenn ja, welche Operation, wann und wo?

---

Ist bei Ihnen eine Sterilisation durchgeführt worden?

Nein

Ja

Wenn ja, welche Art der Sterilisation hat stattgefunden?

---

Hatten Sie andere Operationen?

Nein

Ja

Wenn ja, welche Operation, wann und wo?

---



Leiden Sie unter Allergien?

- Nein
  - Ja
  - Wenn ja, welche?
- 

Haben Sie beruflich oder in Ihrer Freizeit Kontakt mit Schadstoffen, z. B. Lacken, Lösungsmitteln, Schwermetallen, Insektiziden etc.?

- Nein
  - Ja
  - Wenn ja, mit welchen?
- 

**Krankheiten in der Familie** z. B. Erbkrankheiten, Krebskrankheiten, Thrombose etc.

---

Rauchen Sie?

- Nein
- Ja
- Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Wie oft trinken Sie Alkohol?

- Nein
- Ja
- Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

Nehmen oder nahmen Sie Drogen oder Ähnliches ein?

- Nein
- Ja
- Wenn ja, wann und was? \_\_\_\_\_

**Zyklus und gynäkologische Krankengeschichte:**

Alter zum Zeitpunkt der ersten Regelblutung? \_\_\_\_\_ (Jahre)

Erster Tag der letzten Periode \_\_\_\_\_ (Datum)

Zyklusdauer (vom 1.Tag der Blutung bis zum Einsetzen der nächsten Blutung):\_(Tage)

regelmäßig: mindestens \_\_ Tage, höchstens . Tage (ohne Einnahme von z. B. Pille)

unregelmäßig: nur ca. \_\_\_\_\_ -mal Blutung/Jahr

keine Blutung ohne Einnahme von z.B. Pille



Blutungsdauer: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Tage (normal: 3-5 Tage)

Treten im Verlauf eines Zyklus unregelmäßige Blutungen (Zwischenblutungen, Vor- oder Nachschmieren) auf?

---

Haben Sie eine Zunahme der Körperbehaarung beobachtet?

Nein

Ja

Wenn ja , seit wann (Jahr) \_\_\_\_\_

Verstärkter Haarausfall?

Nein

Ja

Wenn ja , seit wann (Jahr) \_\_\_\_\_

Akne?

Nein

Ja

Wenn ja, seit wann (Jahr) \_\_\_\_\_

Ist eine Endometriose festgestellt worden?

Nein

Ja

Wenn ja , wann (Jahr) \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen beim Verkehr?

Nein

Ja

---

Schmerzen während Ihrer Regelblutung?

Nein

Ja

---

Sind Sie wegen einer Eierstockentzündung mit Antibiotika behandelt worden?

Nein

Ja

---



**Schwangerschaften:**

Waren Sie schon einmal schwanger?

Nein  
Ja

	Monat/Jahr	SSW	Ausgang der Schwangerschaft*	Gewicht	Geschlecht	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

(\*Spontan-Geburt, Kaiserschnitt, Fehlgeburt, Abbruch oder Eileiterschwangerschaft)

Schwangerschaft nach Kinderwunsch-Behandlung? \_\_\_\_\_

**Bisherige Kinderwunsch-Behandlung:**

Hatten Sie bereits eine Beratung wegen Kinderwunsch?

Nein  
Ja

Hatten Sie bereits Behandlungen wegen Kinderwunsch?

Nein  
Ja

Wenn ja, Kinderwunschbehandlung seit: \_\_\_\_\_(Monat) \_\_\_\_\_(Jahr)



	Anzahl der Zyklen	behandelnder Arzt oder Zentrum
Hormonbehandlung		
mit Tabletten		
mit Spritzen		
Insemination (Samenübertragung)		
Insemination mit Spendersamen		
IVF		
ICSI		
Auftauzyklus		
Social Freezing		
Sonstiges		

Schwangerschaften mit *jetzigem* Partner: \_\_\_\_\_ (obige Nr.)

Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr? \_\_\_\_\_ (Tag/Woche/Monat)

Geschlechtsverkehr ohne Verhütung seit \_\_\_\_\_ (Jahren)

Halten Sie noch etwas für wichtig, das bisher nicht gefragt wurde? Wie z. B. besondere Belastung, Konfliktsituationen, Sexualstörung u. a.

\_\_\_\_\_

Raum für weitere Anmerkungen:

\_\_\_\_\_

**Hiermit bestätige ich, dass die Angaben in dem Fragebogen wahrheitsgetreu sind. Sollten sich im Laufe der Behandlungszeit Änderungen ergeben, werde ich diese der Praxis für Kinderwunsch und Hormone – Hamburger Straße unverzüglich und unaufgefordert mitteilen.**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift