



Datum Erstgespräch: Ärztin/Arzt: Überweiser/in:

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

Name:

Vorname:

Adresse:

Telefon:

E-Mail:

Beruf:

Geburtsdatum: Alter:

Sind Sie miteinander verheiratet?
 Nein Ja, seit (Jahr)

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

Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?
 Nein Ja, seit (Jahr)

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

Art der Behandlung:

Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung
 Anzahl Zyklen:
 Schwangerschaft: Nein Ja

Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung
 Anzahl Zyklen:
 Schwangerschaft: Nein Ja

Insemination - mit Sperma des Partners
 Anzahl Zyklen:
 Schwangerschaft: Nein Ja

Insemination - mit Spendersperma
 Anzahl Zyklen:
 Schwangerschaft: Nein Ja

Künstliche Befruchtung (IVF)
 Anzahl Zyklen:
 Schwangerschaft: Nein Ja

Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)
 Anzahl Zyklen:
 Schwangerschaft: Nein Ja

Auftauzyklus (Kryotransfer)
 Anzahl Zyklen:
 Schwangerschaft: Nein Ja

Andere:
 Anzahl Zyklen:
 Schwangerschaft: Nein Ja

**Bei vorausgegangenen Stimulationen der Eierstöcke oder Inseminationen:
 Welche Medikamente haben Sie dafür erhalten?**

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

#1
 Jahr IVF ICSI
 Anzahl Eizellen punktiert:
 Anzahl Embryonen transferiert:
 Anzahl eingefroren:
 Schwangerschaft Nein Ja

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#2
 Jahr IVF ICSI
 Anzahl Eizellen punktiert:
 Anzahl Embryonen transferiert:
 Anzahl eingefroren:
 Schwangerschaft Nein Ja

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?



#3
 Jahr IVF ICSI
 Anzahl Eizellen punktiert:
 Anzahl Embryonen transferiert:
 Anzahl eingefroren:
 Schwangerschaft Nein Ja

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

.....

#4
 Jahr IVF ICSI
 Anzahl Eizellen punktiert:
 Anzahl Embryonen transferiert:
 Anzahl eingefroren:
 Schwangerschaft Nein Ja

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

.....

Gab es bei IVF-/ICSI-Therapien Komplikationen?

Nein Überstimulationssyndrom
 Blutungen Sonstige (welche?)

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

Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?

Nein Ja (welche?) | Jahr

Wann war die letzte Krebsvorsorge?

Jahr:

Wann war Ihre letzte Mammographie?

Jahr:

Waren Sie bereits schwanger?

Nein Ja

- Falls ja, Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft?

.....

#1
 Jahr.....
 Geburt Fehlgeburt Abbruch
 Mit jetzigem Partner? Nein Ja
 Nach Kinderwunschbehandlung? Nein Ja

#2
 Jahr.....
 Geburt Fehlgeburt Abbruch
 Mit jetzigem Partner? Nein Ja
 Nach Kinderwunschbehandlung? Nein Ja

#3
 Jahr.....
 Geburt Fehlgeburt Abbruch
 Mit jetzigem Partner? Nein Ja
 Nach Kinderwunschbehandlung? Nein Ja

Traten Komplikationen auf?

Nein Ja (welche?)

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?

Mit Jahren.

Wie regelmäßig waren Ihre Monatszyklen in den ersten Jahren der Pubertät?

Durchschnittlich alle bisTage
 Noch nie eine spontane Blutung gehabt

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?)

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

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
 Zurzeit keine Regelblutung seit
 Tagen: Wochen:
 Monaten:

Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt?

Zwischen und Tagen

Wie ist die Blutungsstärke der Regel?

Leicht Mittel Stark

Haben Sie Zwischenblutungen?

Nein Ja

Vor oder nach der Periode?

Ja, zuvor Ja, danach

Haben Sie Schmerzen während der Periode?

Nein Leicht Mittel Stark

Wie häufig?

Selten Gelegentlich Immer

Nehmen Sie Schmerzmittel? Nein Ja

Wann beginnen die Schmerzen?

zuvor mit dem Einsetzen der Blutung

Wann sind die Schmerzen am stärksten?

zuvor mit dem Einsetzen der Blutung

Haben Sie seit Ihrer ersten Monatsblutung Schmerzen?

Nein Ja

Haben Sie sonstige Unterleibsschmerzen?

Selten Gelegentlich 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

Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft oder Stillzeit, einmal den Austritt von Sekret aus Ihrer Brust bemerkt?

Nein Ja Ja, jedoch nur nach Provokation

- Seit wann?

- Auf welcher Seite? einseitig beidseitig

- Von welcher Farbe?

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

Leiden Sie unter folgenden Symptomen?

Nein

Akne

Leicht Mittel Stark

- Seit wann?

- Wo?

Gesicht Rücken Brustkorb

Verstärkter Haarausfall?

Leicht Mittel Stark

- Seit wann?

Zunahme der Körperbehaarung?

Leicht Mittel Stark

- Seit wann?

Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (Kilo): **Größe (cm):**

Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?

Nein

Ja, mit Zunahme Ja, mit Abnahme



Treiben Sie Sport?

- Nie Selten
- Gelegentlich Regelmäßig

- Falls ja, welche Sportarten?

.....

.....

.....

Trinken Sie Alkohol?

- Nie Selten
- Gelegentlich Regelmäßig

Rauchen Sie?

- Nein Ja Zigaretten/Tag

Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen/Dopingmittel)?

- Nein Ja

- Welche?

.....

.....

.....

.....

Haben Sie Allergien (z. B. Medikamente, Antibiotika, etc.)?

- Nein Ja

- Welche?

.....

.....

.....

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?

.....

.....

.....

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden?

- Nein

(seit) Jahr

Diabetes (Zuckerkrankheit)
-insulinpflichtig Nein Ja

Epilepsie

Unterleibsschmerzen

Asthma / chron. Bronchitis

Magen-/Darmerkrankung

Nierenerkrankungen

Nebennierenerkrankungen

Lebererkrankungen

Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßerkrankung

Krebs / andere Tumore

- Welche?
.....
.....
.....

Kopfschmerzen

Migräne

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?)

.....

.....

.....

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

- Nein Ja (welche?) Jahr

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

