



Datum Erstgespräch:	Arzt:	Überweiser:
---------------------	-------	-------------

**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:	
Beruf:	
Versicherung	
Beihilfe:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
andere	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

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

Gab es dabei Komplikationen?

- nein Überstimulationssyndrom
 Blutungen sonstige (welche?)

1 Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____

2 Sind Sie miteinander verheiratet? ja nein

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

3 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

4 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	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	<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
TESE	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

6 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 ein-gefroren	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 ein-gefroren	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 ein-gefroren	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 ein-gefroren	Schwangerschaft
4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

Beginn der Brustentwicklung mit Jahren

Beginn der Achsel- und Schambehaarung mit Jahren

Gab es bei IVF- / ICSI-Therapien Komplikationen?

- nein Überstimulationssyndrom
 Blutungen sonstige (welche?)

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

- durchschnittlich alle bis Tage
 noch nie eine spontane Blutung gehabt

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?)

7 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

14 Haben Sie bereits Ihre Basaltemperatur zur Bestimmung Ihrer fruchtbaren Tage gemessen?

nein ja

- mit welchem Ergebnis?

unauffällig auffällig

8 Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?

nein ja (welche?) **Jahr**

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

9 Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?

.....(Jahr)

Wann war Ihre letzte Mammographie?

.....(Jahr)

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

Datum der letzten Regel? ...

10 Waren Sie bereits schwanger?

nein ja

- falls ja, Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft?

..... Monate

Jahr	Geburt (G)? Fehlgeburt (F)?SSW? Abbruch (A)? SSW?	Mit jetzigem Partner?	Nach Kinderwunsch- behandlung?
	<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

11 In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?

- mit Jahren



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

leicht mittel stark

Zunahme der Körperbehaarung:

- seit wann?

- wo? Gesicht Rücken Brustkorb
 Beine Arme Bauch

22 Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (Kilo): Größe (cm):

Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?

nein ja, mit Zunahme ja, mit Abnahme

23 Wieviele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich?

1-2 3-4 mehr als 4

Wie ernähren Sie sich?

Mischkost vegetarisch eher einseitig

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

19 Bemerken Sie in den Tagen vor Einsetzen der Monatsblutung folgende Symptome? nein

	leicht	mittel	stark
Blähbauch / Völlegefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedergeschlagenheit / Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewichtszunahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwellungen von Händen / Füßen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brustspannen/empfindl. Brustwarzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20 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?

21 Leiden Sie unter folgenden Symptomen? nein

Akne: leicht mittel stark

- seit wann?

- wo? Gesicht Rücken Brustkorb

verstärkter Haarausfall: leicht mittel stark

- seit wann?

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?)

Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)?

nein ja

- welche?

- wie oft?

Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?

nein ja

26 Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?

nein Schichtarbeit
 Lärm fehlendes Tageslicht
 Stäube schwere körperliche Belastung
 Chemikalien Gase/Aerosole

Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?



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

²⁴ **Treiben Sie Sport?**

nie selten gelegentlich regelmäßig

- falls ja, welche Sportarten?



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

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

29 Leiden Sie insbesondere an folgenden Beschwerden?

nein

leicht mittel stark

- | | | | |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| allg. Müdigkeit / Leistungsabfall | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Reizbarkeit / Nervosität | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stress (allgemein) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stress (am Arbeitsplatz) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Partnerschaftskonflikte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ängstlichkeit / Depressionen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Seelische Erkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hitzewallungen / Schweißausbrüche | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| fleckige Hautrötungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| trockene Scheide | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzklopfen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Thrombosen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Krampfadern leicht mittel stark

Eierstockzysten

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?

nein ja (welche?)

Medikamente

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

nein

ja, mütterlicherseits (welche?)

ja, väterlicherseits (welche?)



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

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 gegen Röteln geimpft?**

nein ja

36 **Sind Sie gegen Windpocken geimpft?**

nein ja

37 **Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?**

Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?

Bemerkungen

↓ **Wird vom Arzt im Kinderwunschzentrum ausgefüllt** ↓

Sterilisation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
----------------------	--------------------------	----------------------------

Indikationen	+ Relevanz -		
keine bekannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tubar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endometriose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
path. Tubenfaktor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dysmukorrhoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spermienantikörper (F)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
path. Zyklus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amenorrhoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oligomenorrhoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anovulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lutealphasendefekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PCO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyperandrogenämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyperprolaktinämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unbekannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ART Hauptindikation	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
	<input type="radio"/> beide	<input type="radio"/> idiopathisch

Geplante Behandlung

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Monitoring mit VZO | <input type="radio"/> OS mit VZO |
| <input type="radio"/> IUI | <input type="radio"/> AID |
| <input type="radio"/> IVF | <input type="radio"/> ICSI |
| <input type="radio"/> IVF + ICSI | <input type="radio"/> Kryotransfer |
| <input type="radio"/> GIFT | <input type="radio"/> |

Spermien

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Ejakulat | <input type="radio"/> epidydimal | <input type="radio"/> testikulär |
| <input type="radio"/> einzeitige OP | <input type="radio"/> zweizeitige OP | |
| <input type="radio"/> Auftau | <input type="radio"/> Kryokonservierung | |
| <input type="radio"/> Donor-Sperma | | |
| <input type="radio"/> Spermogrammtermin vereinbaren | | |

# Embryonen für ET	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
---------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Kryo VKs erwünscht?
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, ab <input type="text" value=""/> VKs

Infektionsserologie

- | | | | | |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> HIV | <input type="radio"/> HBV | <input type="radio"/> HCV | <input type="radio"/> TP | <input type="radio"/> Chlam. |
| <input type="radio"/> Röteln | | | | |

Basishormone

- | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> FSH | <input type="radio"/> LH | <input type="radio"/> TSH | <input type="radio"/> TESTO | <input type="radio"/> DHEAS |
| <input type="radio"/> E2 | <input type="radio"/> HCG | <input type="radio"/> PRG | <input type="radio"/> 17-OH-P | |
| <input type="radio"/> Androstendion | | <input type="radio"/> PRL | | |

Abstrich

- | | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| <input type="radio"/> Pilze | <input type="radio"/> Bakt. | <input type="radio"/> Chlam. | <input type="radio"/> Mykopl. | <input type="radio"/> Urea |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|----------------------------|

Genetik

- | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| <input type="radio"/> Zytogramm | <input type="radio"/> CFTR | <input type="radio"/> Faktor II |
| <input type="radio"/> Faktor V | <input type="radio"/> PAI -1 | |

- | |
|--|
| <input type="radio"/> Überweisung Anästhesie |
| <input type="radio"/> Überweisung Humangenetik |