



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: _____

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?

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

Gab es dabei Komplikationen?
 nein Überstimulationssyndrom
 Blutungen sonstige (welche?)

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

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 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

11 In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?

- mit ____ Jahren



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

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

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?

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

24 Treiben Sie Sport?

nie selten gelegentlich regelmäßig

- falls ja, welche Sportarten?

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.?



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

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?)

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 _____

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

29 Leiden Sie insbesondere an folgenden Beschwerden?

nein

leicht mittel stark

Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe

allg. Müdigkeit / Leistungsabfall

Reizbarkeit / Nervosität

Stress (allgemein)

Stress (am Arbeitsplatz)

Partnerschaftskonflikte

Ängstlichkeit / Depressionen

Seelische Erkrankung

Hitzewallungen / Schweißausbrüche

fleckige Hautrötungen

trockene Scheide

Herzklopfen

Thrombosen

Bluthochdruck

leicht mittel stark

Krampfadern

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 |