KINDERWUNSCH
DORTMUND SIEGEN DORSTEN WUPPERTAL
STANDORT DORSTEN

Fragebogen Frau ♀

Bitte senden Sie diesen Fragebogen so schnell wie möglich an uns zurück. Sollten Sie bereits Vorbefunde anderer Ärzte haben, senden Sie uns auch diese vorab zu.
Vielen Dank!

Nachname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Telefonnummer _____ Handy-Nr. _____

Straße _____ PLZ / Wohnort _____

Krankenversicherung _____ Beihilfeanspruch _____

Lebenspartnerschaft seit _____ Verheiratet seit _____

E-Mail Adresse _____

Frauenärztin/-arzt (mit Adresse) _____

Hausärztin/-arzt (mit Adresse) _____

Körpergröße _____cm Gewicht_____kg Alter _____

Allergien, vor allem gegen Medikamente	
Nikotin	☐ nein ☐ ja _____ Anzahl pro Tag
	Bitte lassen Sie Ihren Impfstatus durch Ihren Hausarzt oder Frauenarzt überprüfen.
Hatten Sie Windpocken, Röteln oder Keuchhusten in der Vorgeschichte oder wurden Sie dagegen geimpft? Wenn ja, wann? **(Impfpass bitte mitbringen!)**	Windpocken ☐ gehabt ☐ geimpft 1. Impfung _____ (Datum/ Impfstoff) 2. Impfung _____ (Datum/ Impfstoff) Röteln ☐ geimpft 1. Impfung _____ (Datum/ Impfstoff) 2. Impfung _____ (Datum/ Impfstoff) Masern ☐ geimpft 1. Impfung _____ (Datum/ Impfstoff) 2. Impfung _____ (Datum/ Impfstoff) Keuchhusten (Pertussis) ☐ geimpft _____ (Datum/ Impfstoff) **(Sollte in den letzten 10 Jahren bei Ihnen und Ihrem Partner erfolgt sein.)**
Erkrankungen und aktuelle Medikamente	_____ _____ Schilddrüsenerkrankung ☐ nein ☐ ja, welche? _____ Medikation? _____
Operationen (z.B. Eileiterdurchgängigkeitsprüfung, Sterilisation, Eileiterentfernung) (Bitte **Ergebnisse** detailliert eintragen.)	_____ _____ Eileiterdurchgängigkeitsprüfung _____ (Datum) TV rechts ☐ TV links ☐ Gebärmutterspiegelung _____ (Datum) Sterilisation ☐ nein ☐ ja _____ (Datum)

Bitte wenden

Gibt es bei Ihnen eine familiäre Häufung (Großeltern, Eltern, Geschwister) von Thrombosen? (Bitte detailliert eintragen.)	☐ nein ☐ ja Wer? _____
Erbkrankheiten in der Familie	
Wurde bei Ihnen in der Vorgeschichte eine Eierstockentzündung festgestellt?	☐ nein ☐ ja, wann? _____
Haben Sie Kinder geboren? Hatten Sie Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder Eileiterschwangerschaften? **Wenn ja, wann?** (Bitte detailliert eintragen.)	

Schwangerschaft / Datum	**Geburt**	**Fehlgeburt**	**Abbruch**	**Eileiterschwangerschaft rechts**	**Eileiterschwangerschaft links**
1.	☐	☐	☐	☐	☐
2.	☐	☐	☐	☐	☐
3.	☐	☐	☐	☐	☐
4.	☐	☐	☐	☐	☐
5.	☐	☐	☐	☐	☐

In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Ihre Periode bekommen?	
Ist Ihr Zyklus regelmäßig?	☐ unregelmäßig ☐ regelmäßig
Wie lang ist Ihr Zyklus? (Abstand vom 1. Tag der deutlichen Blutung zum nächsten 1. Tag der deutlichen Blutung.)	alle _____ Tage Letzte Regelblutung _____ (Datum)
Wie lang dauert Ihre Periodenblutung?	Dauer der Regelblutung _____-_____ Tage
Haben Sie Schmerzen während der Periode?	☐ nein ☐ ja, Stärke der Schmerzen: ☐ leichte ☐ mittlere ☐ schwere Nehmen Sie Schmerzmittel? ☐ nein ☐ ja Welche? _____ _____ Wie oft? _____ ☐ selten ☐ häufig ☐ immer
Wann war Ihre letzte gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchung?	
Seit wann haben Sie Kinderwunsch mit Ihrem Partner und verhüten nicht? (Jahr)	
Häufigkeit Geschlechtsverkehr	_____ Mal ☐ pro Woche ☐ pro Monat ☐ sehr selten
Probleme beim Geschlechtsverkehr	☐ nein ☐ ja, welche? _____ _____
Haben Sie eine Vermutung, warum Ihr Kinderwunsch bislang unerfüllt geblieben ist? Welche?	
Wurde bei Ihnen bereits eine Kinderwunschtherapie durchgeführt? **Wenn ja, welche und seit wann und wo?** (Bitte detailliert eintragen.) ***Bitte reichen Sie bei IVF/ICSI möglichst detailreiche Angaben zum Stimulationsschema und Therapieverlauf ein!**	

	Anzahl	Datum	Anzahl eingetretener Schwangerschaften
Hormontherapie mit Clomifen			
Insemination			
IVF*			
ICSI*			
Kryoembryotransfer			

Wodurch haben Sie von uns gehört?	☐ Frauenarzt/ -ärztin ☐ Hausarzt/ -ärztin ☐ Internet ☐ Bekannte ☐ Zeitung ☐ Sonstiges