

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	_____
Geburtsname	_____	Geburtsort	_____
Telefonnummer	_____	Handy-Nr.	_____
Straße, Hausnummer	_____	PLZ / Wohnort	_____
Krankenversicherung	_____	Beihilfeanspruch	_____
Lebenspartnerschaft seit	_____	Verheiratet seit	_____
E-Mail Adresse	_____		
Frauenärztin/-arzt (mit Adresse)	_____		
Falls Informationsweitergabe gewünscht, Hausärztin/-arzt (mit Adresse)	_____		

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg Alter _____

Allergien, vor allem gegen Medikamente	_____		
Nikotin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?	Windpocken	<input type="checkbox"/> gehabt <input type="checkbox"/> geimpft	1. Impfung _____ Datum/ Impfstoff 2. Impfung _____ Datum/ Impfstoff
	Röteln	<input type="checkbox"/> geimpft	1. Impfung _____ Datum/ Impfstoff 2. Impfung _____ Datum/ Impfstoff
	Masern	<input type="checkbox"/> geimpft	1. Impfung _____ Datum/ Impfstoff 2. Impfung _____ Datum/ Impfstoff
	Covid-19	<input type="checkbox"/> geimpft	1. Impfung _____ Datum/ Impfstoff 2. Impfung _____ Datum/ Impfstoff
Erkrankungen und aktuelle Medikamente	_____		
	Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ Medikation? _____		
Operationen (z.B. Eileiterdurchgängigkeit sprüfung, Sterilisation, Eileiterentfernung) (Bitte Ergebnisse detailliert eintragen.)	_____		
	Eileiterdurchgängigkeitsprüfung	_____ Datum	TV rechts <input type="checkbox"/> TV links <input type="checkbox"/>
	Gebärmutter Spiegelung	_____ Datum	
	Sterilisation	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Datum	

Bitte wenden

Gibt es bei Ihnen eine familiäre Häufung (Großeltern, Eltern, Geschwister) von Thrombosen? (Bitte detailliert eintragen.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wer? _____					
Erbkrankheiten in der Familie						
Wurde bei Ihnen in der Vorgeschichte eine Eierstockentzündung festgestellt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wann? _____					
Haben Sie Kinder geboren? Hatten Sie Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder Eileiterschwangerschaften? Wenn ja, wann? (Bitte detailliert eintragen.)	Schwangerschaft/ Datum	Geburt	Fehl- geburt	Abbruch	Eileiterschwanger- schaft rechts	Eileiterschwanger- schaft links
	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Ihre Periode bekommen?						
Ist Ihr Zyklus regelmäßig?	<input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Stärke der Schmerzen: <input type="checkbox"/> leichte <input type="checkbox"/> mittlere <input type="checkbox"/> schwere Nehmen Sie Schmerzmittel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____ Wie oft? _____ <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> immer					
Wann war Ihre letzte gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchung?						
Seit wann haben Sie Kinderwunsch mit Ihrem Partner und verhüten nicht? (Jahr)						
Häufigkeit Geschlechtsverkehr	_____ Mal <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat <input type="checkbox"/> sehr selten					
Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Frauenarzt/ -ärztin <input type="checkbox"/> Hausarzt/ -ärztin <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> Zeitung <input type="checkbox"/> Sonstiges					