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 _____

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	☐ 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?	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) Covid-19 ☐ geimpft 1. Impfung _____ (Datum/ Impfstoff) 2. Impfung _____ (Datum/ Impfstoff) 3. Impfung _____ (Datum/ Impfstoff) 4. Impfung _____ (Datum/ Impfstoff)
Erkrankungen und aktuelle Medikamente	_____ _____ Schilddrüsenerkrankung ☐ nein ☐ ja, welche? _____ Medikation? _____ Hepatitis B ☐ Hepatitis C ☐ HIV ☐
Operationen (z.B. Eileiterdurchgängigkeit sprüfung, Sterilisation, Eileiterentfernung) (Bitte **Ergebnisse** detailliert eintragen.)	_____ _____ Eileiterdurchgängigkeitsprüfung _____ (Datum) Gebärmutterspiegelung _____ (Datum) Sterilisation ☐ nein ☐ ja _____ (Datum) Tubenverschluss rechts ☐ Tubenverschluss links ☐ Wenn eine Untersuchung erfolgt ist, bitte Befunde einreichen.

Bitte wenden

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

Wenn ja, wann? (Bitte detailliert eintragen.)</td><td>
<table>
<tr><th>Schwangerschaft/ Datum</th><th>Geburt</th><th>Fehl-geburt</th><th>Abbruch</th><th>Eileiterschwanger-schaft rechts</th><th>Eileiterschwanger-schaft links</th></tr>
<tr><td>1.</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>2.</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>3.</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>4.</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
<tr><td>5.</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td><td>☐</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>In welchem Alter haben Sie zum ersten Mal Ihre Periode bekommen?</td><td></td></tr>
<tr><td>Ist Ihr Zyklus regelmäßig?</td><td>☐ unregelmäßig ☐ regelmäßig</td></tr>
<tr><td>Wie lang ist Ihr Zyklus? (Abstand vom 1. Tag der deutlichen Blutung zum nächsten 1. Tag der deutlichen Blutung.)</td><td>alle _____ Tage Letzte Regelblutung _____ (Datum)</td></tr>
<tr><td>Wie lang dauert Ihre Periodenblutung?</td><td>Dauer der Regelblutung _____-_____ Tage</td></tr>
<tr><td>Haben Sie Schmerzen während der Periode?</td><td>☐ nein ☐ ja, Stärke der Schmerzen: ☐ leichte ☐ mittlere ☐ schwere
Nehmen Sie Schmerzmittel? ☐ nein ☐ ja Welche? _____
_____
Wie oft? _____☐ selten ☐ häufig ☐ immer</td></tr>
<tr><td>Wann war Ihre letzte gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchung?</td><td></td></tr>
<tr><td>Seit wann haben Sie Kinderwunsch mit Ihrem Partner und verhüten nicht? (Jahr)</td><td></td></tr>
<tr><td>Häufigkeit Geschlechtsverkehr</td><td>_____ Mal ☐ pro Woche ☐ pro Monat ☐ sehr selten</td></tr>
<tr><td>Probleme beim Geschlechtsverkehr</td><td>☐ nein ☐ ja, welche? _____
_____</td></tr>
<tr><td>Haben Sie eine Vermutung, warum Ihr Kinderwunsch bislang unerfüllt geblieben ist? Welche?</td><td></td></tr>
<tr><td>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 <u>Angaben (Berichte etc.)</u> zum Stimulationsschema und Therapieverlauf ein!</td><td>
<table>
<tr><td></td><td>Anzahl</td><td>Datum</td><td>Anzahl eingetretener Schwangerschaften</td></tr>
<tr><td>Hormontherapie mit Clomifen</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Insemination</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>IVF*</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>ICSI*</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Kryoembryotransfer</td><td></td><td></td><td></td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>Wodurch haben Sie von uns gehört?</td><td>☐ Frauenarzt/ -ärztin ☐ Hausarzt/ -ärztin ☐ Internet
☐ Bekannte ☐ Zeitung ☐ Sonstiges</td></tr>
</table>