

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		
Erkrankungen und aktuelle Medikamente	_____ Schilddrüsenerkrankung ☐ nein ☐ ja, welche? _____ Medikation? _____ ☐ Zika Virus ☐ Malaria ☐ Cytomegalie (CMV) ☐ Chagas-Krankheit (Trypanosoma cruzi) ☐ humanes T-lymphotropes Virus 1		
Operationen (z.B. Eileiterdurchgängigkeitsprüfung, Sterilisation, Eileiterentfernung) (Bitte Ergebnisse detailliert eintragen.)	_____ Eileiterdurchgängigkeitsprüfung _____ Datum Eileiterverschluss rechts ja ☐ nein ☐ Gebärmutter Spiegelung _____ Datum Eileiterverschluss links ja ☐ nein ☐ Sterilisation ☐ nein ☐ ja _____ Datum Wenn eine Untersuchung erfolgt ist, bitte Befunde einreichen.		

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? _____							
Wurde bei Ihnen in der Vorgeschichte eine sexuell übertragbare Erkrankung (Chlamydien, Gonorrhö, Syphilis o.a.) festgestellt?	☐ nein ☐ ja, welche? _____ wann? _____ Hepatitis B ☐ Hepatitis C ☐ HIV ☐							
Haben Sie Kinder geboren? Hatten Sie Fehlgeburten, Schwangerschaftsabbrüche oder Eileiterschwangerschaften? Wenn ja, wann? (Bitte detailliert eintragen.)	Schwangerschaft/ Datum	Geburt		Fehl- geburt	Abbruch	Eileiter- schwanger- schaft rechts	Eileiter- schwanger- schaft links	mit aktuellem Partner
		spontan	Kaiser- schnitt					
	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 (Berichte etc.) 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							