

Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?

Nein ___ Ja ___ Wenn ja:

Art der Behandlung	Anzahl/ Zyklen	Medikamente	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung	___	_____	Ja ___ Nein ___
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung	___	_____	Ja ___ Nein ___
Insemination mit Sperma des Partners	___	_____	Ja ___ Nein ___
Insemination mit Spendersamen	___	_____	Ja ___ Nein ___
Künstliche Befruchtung (IVF)	___	_____	Ja ___ Nein ___
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)	___	_____	Ja ___ Nein ___
Auftauzyklus (Kryozyklus)	___	_____	Ja ___ Nein ___
andere	___	_____	Ja ___ Nein ___

Falls Ihnen Details zu vorhergehenden IVF- oder ICSI- Behandlungen bekannt sind, bitten wir Sie um Zusatzangaben:

	IVF/ ICSI (Datum)	Anzahl Eizellen	Reife Eizellen	Befruchtete Eizellen	Transferierte Embryonen	Zusatz- methoden	Kryo- Eizellen	Schwanger- schaft
1.	___	___	___	___	___	___	___	___
2.	___	___	___	___	___	___	___	___
3.	___	___	___	___	___	___	___	___
4.	___	___	___	___	___	___	___	___

Medikamente? _____

Gab es Komplikationen wie Blutungen, Überstimulationssyndrom, sonstige?

Nein ___ Ja ___ Wenn ja, welche?

Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft? Nein ___ Ja ___ Wenn ja, wann? _____

Wenn ja, mit welcher Methode?

Ultraschall ___ Röntgen ___ Bauchspiegelung ___

Mit welchem Ergebnis?

Eileiter rechts ___ durchgängig ___ verschlossen ___

Eileiter links ___ durchgängig ___ verschlossen ___

Haben Sie sich sterilisieren lassen? Nein ___ Ja ___ Wenn ja, wann? _____

Hatten Sie Unterleibsentzündungen? Nein ___ Ja ___ Wenn ja, wann? _____

Wie behandelt? _____

Wurden bereits Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?

Nein ___ Ja ___ Wenn ja, welche?

Operation	Jahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Hatten Sie andere Operationen? Nein ___ Ja ___ Wenn ja, welche und wann?

Hatten Sie bereits eine Mammographie (Röntgenuntersuchung der Brust)?

Nein ___ Ja ___ Wenn ja, wann? _____

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? _____

Sind Sie gegen Röteln und Windpocken geimpft? Nein ___ Ja ___



Zyklus- und Hormonanalyse

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung? Mit _____ Jahren

Wie regelmäßig waren Ihre Monatszyklen in den ersten Jahren der Pubertät?

Durchschnittlich alle _____ bis _____ Tage

Ist Ihr Zyklus regelmäßig? Nein ___ Ja ___

Wie groß ist der Abstand zwischen zwei Blutungen (1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung)? _____ Tage

Wie viele Tage dauert die Blutung? _____ Tage

Haben Sie Zwischenblutungen/Schmierblutungen? Nein ___ Ja ___

Haben Sie Schmerzen während der Periode? Nein ___ Ja ___ Falls ja, welche Medikamente nehmen Sie: _____

Wann beginnen die Schmerzen? vor ___ mit dem Einsetzen der Blutung ___

Haben Sie seit Ihrer ersten Monatsblutung Schmerzen? Nein ___ Ja ___

Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?

Pille Nein ___ Ja ___ von _____ bis _____

Spirale Nein ___ Ja ___ von _____ bis _____

Haben Sie bereits Ihre Basaltemperatur zur Bestimmung der fruchtbaren Tage gemessen?

Nein ___ Ja ___

Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft oder Stillzeit, den Austritt von Sekret aus Ihrer Brust bemerkt? Nein ___ Ja ___ Wenn ja, einseitig ___ beidseitig ___

Leiden Sie unter folgenden Symptomen

Akne Nein ___ Ja ___

Verstärkter Haarausfall Nein ___ Ja ___

Zunahme der Körperbehaarung Nein ___ Ja ___

Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?

Nein ___ Ja ___ Wenn ja, wann? _____

Falls ja, mit welcher Methode? Ultraschall ___ radiologisch ___ Bluttest ___

mit welchem Ergebnis? unauffällig ___ auffällig ___

Falls auffällig, mit welchem Befund? _____

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? Nein ___ Ja ___

Wenn ja, welche? _____



Allgemeine Anamnese

Haben Sie Erkrankungen an

Herz ___ Kreislauf ___ Nieren ___ Leber ___ Lunge ___ Psyche ___

Infektionen (z. B. Hepatitis, HIV) ___ andere _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein ___ Ja ___ Falls ja, welche?

Gewicht ___ kg Größe ___ m BMI _____

Haben Sie Allergien? Nein ___ Ja ___ Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

Nein ___ Ja ___ Falls ja, wieviel? _____ Zig./Tag

Trinken Sie Alkohol?

nie ___ selten ___ gelegentlich ___ regelmäßig ___

Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)? Nein ___ Ja ___ Wenn ja, welche? _____

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, ungewollte Kinderlosigkeit oder wiederholt Fehlgeburten? Nein ___ Ja ___ Wenn ja, welche?
