



Datum Erstgespräch:	Arzt:	Überweiser:
---------------------	-------	-------------

**Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an.  
Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.**

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
Beruf:	

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
andere	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**1 Geburtsdatum:** ..... **Alter:** .....

**2 Sind Sie miteinander verheiratet?**  ja  nein

**Seit wann besteht Ihre jetzige Ehe (Lebenspartnerschaft)?** ..... (Datum)

**3 Seit wann haben Sie einen Kinderwunsch?**  
..... (Monat, Jahr)

**Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit ihrem Partner?**

- ca. .... Mal pro Woche

- ca. .... Mal pro Monat

**4 Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?**

nein  ja, seit ..... (Jahr)

**- falls ja, wie viele Ärzte haben Sie bereits aufgesucht?** ..... Ärzte

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Insemination - mit Sperma des Partners	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Insemination - mit Spendersperma	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung (IVF)	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
GIFT	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**5 Bei vorausgegangen Stimulationen der Eierstöcke oder Inseminationen:**

**Welche Medikamente haben Sie dafür erhalten?**

**Gab es dabei Komplikationen?**

nein  Überstimulationssyndrom

Blutungen  sonstige (welche?)

**6 Vorausgegangene IVF- oder ICSI-Behandlungen\*:**

*\* falls Sie bereits mehr als vier IVF- oder ICSI-Behandlungen hatten, bitte nachfolgend die letzten vier angeben*

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
1	.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?**

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
2	.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?**

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
3	.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?**

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
4	.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?**



**Gab es bei IVF- / ICSI-Therapien Komplikationen?**

- nein  Überstimulationssyndrom  
 Blutungen  sonstige (welche?)

**7 Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft?**

- nein  ja (wann?)  
**- falls ja, mit welcher Methode?**  
 Ultraschall  Röntgen  Bauchspiegelung  
**- mit welchem Ergebnis?**  
 Eileiter links:  durchgängig  verschlossen  
 Eileiter rechts:  durchgängig  verschlossen

**8 Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?**

	Jahr

**9 Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?**

\_\_\_\_\_ (Jahr)

**Wann war Ihre letzte Mammographie?**

\_\_\_\_\_ (Jahr)

**10 Waren Sie bereits schwanger?**

- nein  ja

**- falls ja, Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft?**

\_\_\_\_\_ Monate

Jahr	Geburt (G)? Fehlgeburt (F)? Abbruch (A)?	Mit jetzigem Partner?	Nach Kinderwunschbehandlung?
	OG OF OA	O ja O nein	O ja O nein
	OG OF OA	O ja O nein	O ja O nein
	OG OF OA	O ja O nein	O ja O nein
	OG OF OA	O ja O nein	O ja O nein

**Traten Komplikationen auf?**  nein  ja

**11 In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?**

- mit \_\_\_\_\_ Jahren

**Beginn der Brustentwicklung** mit \_\_\_\_\_ Jahren

**Beginn der Achsel- und Schambehaarung** mit \_\_\_\_\_ Jahren

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

- durchschnittlich alle \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Tage

noch nie eine spontane Blutung gehabt

**13 Haben Sie einen Empfängnisschutz betrieben?**

**Pille:**  nein  ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Spirale:**  nein  ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Haben Sie sich sterilisieren lassen?**

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

**Gab es Komplikationen?**

nein  ja (welche?) \_\_\_\_\_

**14 Haben Sie bereits Ihre Basaltemperatur zur Bestimmung Ihrer fruchtbaren Tage gemessen?**

nein  ja

**- mit welchem Ergebnis?**

unauffällig  auffällig

**15 Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?**

regelmäßig zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen

unregelmäßig zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen

zur Zeit keine Regelblutung  
 seit \_\_\_\_\_  Tagen  Wochen  Monaten

**16 Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt?**

- zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen

**Wie ist die Blutungsstärke der Regel?**

leicht  mittel  stark

**Haben Sie Zwischenblutungen?**  nein  ja

**- oder Schmierblutungen vor bzw. nach der Regel?**  nein  ja, vorher  ja, nachher

**Datum der letzten Regel?** \_\_\_\_\_

17 **Haben Sie Schmerzen während der Periode?**

nein  leicht  mittel  stark

**Wie häufig?**  selten  geleg.  immer

**Einnahme von Schmerztabletten?**  nein  ja

**Wann beginnen die Schmerzen?**

vor ...  mit ... dem Einsetzen der Blutung

**Wann sind die Schmerzen am stärksten?**

vor ...  mit ... dem Einsetzen der Blutung

**Haben Sie seit Ihrer ersten Monatsblutung Schmerzen?**

nein  ja

18 **Haben Sie sonstige Unterleibsschmerzen?**

nein  selten  öfters  immer

**Schmerzen beim Wasserlassen?**  nein  ja

**Schmerzen beim Stuhlgang?**  nein  ja

**Blutbeimengungen im Urin**  nein  ja

**Blutbeimengungen im Stuhl**  nein  ja

**Schmerzen beim Verkehr?**  nein  ja

19 **Bemerken Sie in den Tagen vor Einsetzen der Monatsblutung folgende Symptome?**  nein

	leicht	mittel	stark
Blähbauch / Völlegefühl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Niedergeschlagenheit / Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewichtszunahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwellungen von Händen / Füßen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Brustspannen/empfindl. Brustwarzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20 **Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft oder Stillzeit, einmal den Austritt von Sekret aus Ihrer Brust bemerkt?**

nein  ja  ja, jedoch nur nach Provokation

**- seit wann?** .....

**- auf welcher Seite?**  einseitig  beidseitig

**- von welcher Farbe?** .....

21 **Leiden Sie unter folgenden Symptomen?**  nein

**Akne:**

	leicht	mittel	stark
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**- seit wann?** .....

**- wo?**  Gesicht  Rücken  Brustkorb

**verstärkter Haarausfall:**

	leicht	mittel	stark
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**- seit wann?** .....

**Zunahme der Körperbehaarung:** leicht mittel stark

**- seit wann?** .....

**- wo?**  Gesicht  Rücken  Brustkorb  
 Beine  Arme  Bauch

22 **Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?**

Gewicht (Kilo): ..... Größe (cm): .....

**Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?**

nein  ja, mit Zunahme  ja, mit Abnahme

23 **Wieviele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich?**

1-2  3-4  mehr als 4

**Wie ernähren Sie sich?**

Mischkost  vegetarisch  eher einseitig

24 **Treiben Sie Sport?**

nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

**- falls ja, welche Sportarten?**

.....

25 **Trinken Sie Alkohol?**

nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

**Rauchen Sie?**

nein  1-5 Zig./Tag

6-10 Zig./Tag  11-15 Zig./Tag

16-20 Zig./Tag  mehr als 20 (**Anzahl?**) .....

**Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)?**

nein  ja

**- welche?** .....

**- wie oft?** .....

**Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?**

nein  ja

26 **Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?**

nein  Schichtarbeit  
 Lärm  fehlendes Tageslicht  
 Stäube  schwere körperliche Belastung  
 Chemikalien  Gase/Aerosole

**Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?**

.....





**27 Haben Sie Allergien?**

nein  ja (welche?)

**Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?**

nein  ja

**Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?**

**28 Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden?**

nein

( seit ) Jahr

- Diabetes (Zuckerkrankheit) \_\_\_\_\_
- insulinpflichtig?  ja  nein
- Epilepsie \_\_\_\_\_
- Unterleibsschmerzen \_\_\_\_\_
- Asthma / chron. Bronchitis \_\_\_\_\_
- Magen-/ Darmerkrankung \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankung \_\_\_\_\_
- Nebennierenerkrankung \_\_\_\_\_
- Lebererkrankung \_\_\_\_\_
- Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßerkrankung \_\_\_\_\_
- Krebs / andere Tumore \_\_\_\_\_
- welche? \_\_\_\_\_
- Kopfschmerzen \_\_\_\_\_
- Migräne \_\_\_\_\_

**29 Leiden Sie insbesondere an folgenden Beschwerden?**

nein

	leicht	mittel	stark
Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allg. Müdigkeit / Leistungsabfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reizbarkeit / Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress (allgemein)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress (am Arbeitsplatz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partnerschaftskonflikte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängstlichkeit / Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seelische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hitzewallungen / Schweißausbrüche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fleckige Hautrötungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
trockene Scheide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklopfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Thrombosen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bluthochdruck	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	leicht	mittel	stark
Krampfadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eierstockzysten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**30 Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?**

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

**- falls ja, mit welcher Methode?**

Ultraschall  radiologisch  Bluttest

**- mit welchem Ergebnis?**

unbekannt  ohne Befund  auffällig

**- falls auffällig, mit welchem Befund?**

**Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?**

nein  ja (welche?)

**31 Wurden, außer im Bauchraum oder Unterleib, bereits andere Operationen durchgeführt?**

nein  ja (welche?) \_\_\_\_\_ Jahr

**32 Leiden Sie an weiteren Begleiterkrankungen und welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein?**

nein  ja (welche?) \_\_\_\_\_ Medikamente

**33 Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?**

nein

ja, mütterlicherseits (welche?)

ja, väterlicherseits (welche?)

