



**! Bitte Fragebogen ausgefüllt an uns
zurückschicken! Danke !**

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder in Druckbuchstaben und gut lesbar aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an. Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.

Name:		
Vorname:		
Strasse/Nr.:		
PLZ/Ort:		
Geburtsdatum		Alter
Geburtsname		
Geburtsort		
Telefon:	privat	beruflich
Handy:		
Fax:		
E-Mail:		
Beruf:		
Versicherung		

² Sind Sie miteinander verheiratet? ja nein
Seit wann besteht Ihre jetzige
Ehe (Lebenspartnerschaft) ? (Datum)

³ Seit wann haben Sie 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	Schwanger- schaft
Zykluskontrolle	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
mit Verkehr zum Eisprung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stimulation der Eierstöcke	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Mit Verkehr zum Eisprung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Insemination	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-mit Samen des Partners	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Insemination	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
-mit Spendersamen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In vitro Fertilisaton (IVF)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
In vitro Fertilisaton mit Mikroinjektion (ICSI)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
andere	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

⁵ Bei vorausgegangenen Stimulationen der
Eierstöcke oder Inseminationen wurden Ihnen
diese Medikamente verordnet:
.....
.....

Gab es dabei Komplikationen?
 nein Überstimulation
 Zystenbildung sonstige (welche?)
.....
.....

⁶ Vorausgegangene IVF- oder ICSI-Behandlungen
falls Sie bereits mehr als vier IVF/ICSI Behandlungen hatten, bitte
nachfolgend die letzten vier angeben

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen Punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl ein- gefroren	Schwanger- schaft
1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Medikamente haben Sie verordnet bekommen?							
2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Medikamente haben Sie verordnet bekommen?							
3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Medikamente haben Sie verordnet bekommen?							
4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welche Medikamente haben Sie verordnet bekommen?							

Gab es bei IVF-/ICSI- Therapien Komplikationen?
 nein Überstimulation
 sonstige(welche?) Krankenhausaufenthalt
.....
.....

! Bitte Fragebogen ausgefüllt an uns zurückschicken! Danke !



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?
 nein ja (welche?) Jahr
 |
 |
 |
 |

⁹ Wann war die letzte Krebsvorsorge?
 (Monat/Jahr)
 Wann war die letzte Mammographie?
 (Monat/Jahr)

¹⁰ Waren Sie bereits schwanger?
 nein ja
 - falls ja, Zeitdauer bis zu Eintreten der Schwangerschaft?(Monate)

Jahr	Geburt (G) Fehlgeburt (F) Eileiter- schwangerschaft (E) Interruptio (I)	mit jetzigem Partner?	nach Kinder- wunsch- behandlung
.....	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
.....	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
.....	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
.....	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
.....	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Traten Komplikationen auf? nein ja
 - falls ja, welche? (z.B. Hochdruck, Diabetes...)

¹¹ In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsregelblutung?: mit Jahren
 Beginn der Brustentwicklung: mit Jahren
 Beginn der Achsel- und Schambehaarung mit Jahren

¹² Wie viele Tage lagen Ihre Monatszyklen in den ersten Jahren der Pubertät auseinander? (*gerechnet vom 1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung?*)
 - durchschnittlich bis Tage
 habe noch nie eine spontane Blutung gehabt

¹³ Welcher Empfängnisschutz wurde bisher gewählt?
 Pille: nein ja: von bis (Jahr)
 Spirale: nein ja: von bis (Jahr)
 Haben Sie sich sterilisieren lassen?
 nein ja (wann?)(Jahr)

¹⁴ Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauf folgenden Regelblutung (Zyklusabstand)?
 durchschnittlich alle Tage
 bisher kürzester Abstand Tage
 bisher längster Abstand Tage

¹⁵ Wann war der Beginn der letzten Regel? (Datum)
 Wie lange dauert üblicherweise die Regelblutung im Durchschnitt?
 - zwischen und Tagen
 Wie ist die Blutungsstärke?
 leicht mittel stark
 Haben Sie Zwischenblutungen? nein ja
 - oder Schmierblutungen nein ja, vorher
 vor bzw. nach der Regel ja, nachher

¹⁶ Haben Sie Schmerzen während der Periode?
 nein leicht mittel stark
 Wie häufig? selten geleg. immer
 Einnahme von Schmerztabletten? nein ja
 Wenn ja, welche?
 Wann beginnen die Schmerzen?
 vor ... mit ... dem Einsetzen der Blutung
 Wann sind die Schmerzen am stärksten?
 vor ... mit ... dem Einsetzen der Blutung
 Werden die Schmerzen von Blutung zu Blutung immer stärker? nein
 ja, seit Anbeginn der ersten Regelblutung
 ja, seit Absetzen der Pille
 ja, seit..... (Monat/Jahr)

¹⁷ 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
 z.B. Stellungsabhängig? nein ja

! Bitte Fragebogen ausgefüllt an uns zurückschicken! Danke !



¹⁸ Bemerken Sie in den Tagen vor Einsetzen der Regelblutung folgende Symptome? nein

	leicht	mittel	stark
Blähbauch / Völlegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit / Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräneartige Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwellung an Händen und Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustspannen / empfindliche Brustwarzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹⁹ Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft oder Stillzeit, einmal den Austritt von Sekret aus Ihren Brustwarzen bemerkt? nein

- ja ja, jedoch nur nach Provokation
 - seit wann? (Monat/Jahr)
 - auf welcher Seite? einseitig beidseits
 - in welcher Farbe?

²⁰ Leiden Sie unter folgenden Symptomen? nein

	leicht	mittel	stark
Akne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- seit wann?			
- wo? <input type="checkbox"/> Gesicht <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Brustkorb			
Verstärkter Haarausfall:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- seit wann?			
Zunahme der Körperbehaarung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- seit wann?			
- wo? <input type="checkbox"/> Gesicht <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Brustkorb			
<input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Bauch			

²¹ Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?
 Gewicht: (kg) Größe (cm)
 Haben Sie Gewichtsschwankungen (>4kg)?
 nein ja, mit Zunahme ja, mit Abnahme

²² Treiben Sie Sport?
 nie selten gelegentlich regelmäßig
 - falls ja, welche Sportarten?

²³ Trinken Sie Alkohol?
 nie selten gelegentlich regelmäßig
 Rauchen Sie?
 nie selten gelegentlich
 täglich 1-10 Zig. 10-20 Zig.
 mehr als 20 (Anzahl)

Konsumieren Sie Genussmittel (Drogen)?

- nein ja
 - welche?
 - wie oft?
 Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?
 nein ja,

²⁴ 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.?

²⁵ Haben Sie Allergien?

- nein ja, welche
- Haben Sie schon auf Medikamente allergisch reagiert?
 nein ja, welche
- Nehmen Sie Medikamente gegen Allergie?
 nein ja, welche

²⁶ Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden? nein

	Seit (Jahr)
Diabetes (Zuckerkrankheit)	
- insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Epilepsie
Asthma / chron. Bronchitis
Magen- / Darmerkrankung
Nierenerkrankung
Lebererkrankung
Herz- / Kreislauf- / Gefäßerkrankung
Krebserkrankung / andere Tumore
- welche
chron. Kopfschmerzen
Migräne
<input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> mit Begleitsymptomen
Beinvenenthrombose
Lungenembolie

! Bitte Fragebogen ausgefüllt an uns zurückschicken! Danke !



²⁷ Leiden Sie insbesondere an folgenden Beschwerden? nein

	leicht	mittel	stark
Schlaflosigkeit / nächtl. Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allg. Müdigkeit / Leistungsabfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit / Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress (allgemein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress (am Arbeitsplatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaftskonflikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit / Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hitzewallungen/Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleckige Hautrötungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene Scheide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzklopfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wiederkehrende Eierstockszysten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

²⁸ Wurde die 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 / Diagnose
 Überfunktion Unterfunktion
 Entzündung sonstiges
 Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?
 nein ja (welche?)

²⁹ Wurden außer im Bauchraum oder Unterleib bereits andere Operationen durchgeführt?
 nein ja (welche / wann) | Jahr
 |
 |
 |

³⁰ Leiden Sie an weiteren Begleiterkrankungen und welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein?
 nein ja (welche?) | Medikament
 |
 |
 |

³¹ Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen oder andere schwere Leiden wie z.B. Diabetes, Thromboseneigung, Hypertonie etc...?
 nein
 ja, mütterlicherseits (welche?)

 ja, väterlicherseits (welche?)

³² Gibt es in Ihrer Familie ungewollte Kinderlosigkeit, gehäufte Fehlgeburtschaft oder Erbkrankheiten in den letzten 3 Generationen?
 nein
 ja, mütterlicherseits (welche?)

 ja, väterlicherseits (welche?)

³³ Wurde bei Ihnen bereits eine Erbgutuntersuchung (Chromosomenanalyse) veranlasst?
 nein ja
 - mit welchem Ergebnis?
 unauffällig auffällig

³⁴ Wurde ein genetischer Test auf cystische Fibrose (Mukoviszidose, CFTR) veranlasst?
 nein ja
 - mit welchem Ergebnis?
 unauffällig auffällig

³⁵ Sind Sie bereits gegen Röteln geimpft?
 nein ja

³⁶ Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?
 (Name)
 (Adresse)

³⁷ Wer ist Ihr behandelnder Frauenarzt?
 (Name)
 (Adresse)

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben