Fragebogen für Paare mit Kinderwunsch

Patientin / Frau

Name	
Alter / Geb. Datum	Jahre
Beruf	
Telefonnummer:	

Name Ihrer/s Frauenärztin-/arzt	
Sind Sie mit Ihrem Partner verheiratet?	nein ☐ ja ☐
Größe und Gewicht	cm kg
Rauchen Sie? Wenn ja: wie viel?	nein ☐ ja ☐ Zigaretten/Tag
Alkoholgenuss?	nie ☐ gelegentlich ☐ oft ☐ regelmäßig ☐
Sind Allergien bekannt? Welche?	nein ☐ ja ☐ welche?
Bestehen behandlungsbedürftige Erkrankungen wie z.B. Schilddrüse, Thrombose, Krampfadern, Bluthochdruck, Eierstockszysten, Geschlechtskrankheiten o.ä. ?	nein ☐ ja ☐ welche ?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein und wenn ja, welche?	nein ☐ ja ☐ welche ?
Wann trat Ihre erste Periode auf?	
In welchem Abstand tritt Ihre Periode auf?	
Wie viele Tage hält sie an?	
Haben Sie Schmerzen bei der Blutung?	
Wie stark ist Ihre Blutung?	normal ☐ stark ☐ verlängert ☐
Haben Sie in den letzten Jahren eine Veränderung Ihrer Behaarung bemerkt?	nein ☐ ja ☐
Haben Sie eine Anti-Baby-Pille eingenommen? Wenn ja: von – bis welches Präparat?	nein ☐ ja ☐ von bis Name der Pille:
Haben Sie eine Spirale getragen? Wenn ja: von – bis ?	nein ☐ ja ☐ von bis
Seit wann haben Sie Kinderwunsch?	
Wie oft haben Sie Geschlechtsverkehr im Monat?	
Waren Sie schon einmal schwanger und wenn ja, wie oft?	nein ☐ ja ☐ Mal

Hatten Sie Schwangerschaften mit einem anderen Partner?	nein ☐ ja ☐
Haben Sie Kinder geboren und wenn ja, wann und wie (Spontangeburt, Kaiserschnitt)?	nein ☐ ja ☐ wann? wie?
Haben Sie einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen? Wenn ja, wann?	nein ☐ ja ☐, wann ?:
Hatten Sie schon eine Fehlgeburt? Wenn ja, wann und in welchem Monat ?	nein ☐ ja ☐ wann?: welcher Monat?
Hatten Sie eine Eileiterschwangerschaft? Wenn ja, wann und auf welcher Seite ?	nein ☐ ja ☐ wann? welche Seite?
Wurden Sie bereits operiert? Was und wann?	nein ☐ ja ☐ was und wann?
Wurde eine Eileiterdurchgängigkeitsüberprüfung durchgeführt? Wenn ja, wann, wie und mit welchem Ergebnis?	nein ☐ ja ☐ wann, wie und welches Ergebnis?
Wurde bei Ihnen bereits eine Kinderwunschtherapie durchgeführt? Wenn ja, welche und wie oft (z.B. IVF, ICSI, Inseminationen)?	nein ☐ ja ☐ welche und wie oft?
Erfolgte eine Hormonbehandlung, welche und wie oft?	nein ☐ ja ☐ welche und wie oft?
Erfolgten bei Ihnen Hormonanalysen (z.B. Schilddrüsenwerte, Prolaktin, männliche Hormonwerte, AMH)?	nein ☐ ja ☐
Wurden Infektionsparameter kontrolliert (Rötelntiter, Hepatitis, HIV)? Ist eine Infektion bekannt?	nein ☐ ja ☐
Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate im Ausland? Wenn ja: in welchen Ländern?	nein ☐ ja ☐ Länder:

Partner / Mann

Name	
Alter / Geb.Datum	
Beruf	
Telefonnummer:	

Name Ihres Hausarztes bzw. Urologe	
Sind Sie mit Ihrer Partnerin verheiratet?	nein ☐ ja ☐
Größe und Gewicht	cm kg
Rauchen Sie? Wenn ja: wie viel?	nein ☐ ja ☐ Zigaretten/Tag
Alkoholgenuss?	nie ☐ gelegentlich ☐ oft ☐ regelmäßig ☐
Sind Allergien bekannt? Welche?	nein ☐ ja ☐:
Bestehen oder bestanden bei Ihnen Erkrankungen wie z.B. Schilddrüse, Thrombose, Krampfadern, Bluthochdruck, Mumps, Entzündungen der Prostata, Leberschäden, Zuckererkrankungen o.ä.?	nein ☐ ja ☐ welche ?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?	nein ☐ ja ☐ welche ?
Bestehen oder bestanden bei Ihnen Geschlechtskrankheiten? Wenn ja, welche?	nein ☐ ja ☐
Hatten Sie früher einen Leistenbruch, Hodenhochstand/-krampfadern oder Vorhautverengung?	nein ☐ ja ☐
Wurden Sie bereits operiert? Was und wann?	nein ☐ ja ☐ was und wann?
Wurde bei Ihnen bereits ein Spermiogramm (Samenuntersuchung) durchgeführt? Wenn ja, wann zuletzt mit welchem Ergebnis?	nein ☐ ja ☐ wann? Welches Ergebnis?
Seit wann haben Sie Kinderwunsch?	
Haben Sie Kinder mit einer anderen Partnerin?	nein ☐ ja ☐
Erfolgten bei Ihnen Hormonanalysen (z.B. Schilddrüsenwerte, Prolaktin, Testosteron)?	nein ☐ ja ☐
Wurden Infektionsparameter kontrolliert (Hepatitis B und C, HIV)? Ist eine Infektion bekannt?	nein ☐ ja ☐
Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monate im Ausland? Wenn ja: in welchen Ländern?	nein ☐ ja ☐ Länder: