Fragebogen für gleichgeschlechtliche Paare mit Kinderwunsch
(die Fragen betreffen die Frau, die schwanger werden möchte)

Patientin / Frau		**Partnerin:**	
Name		**Name**	
Geb. Datum; Alter		**Geb. Datum; Alter**	
Beruf		**Beruf**	
Telefonnummer:		**Telefonnummer:**	

Name Ihrer/s Frauenärztin-/arzt	
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 ☐ 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?	

Waren Sie schon einmal schwanger und wenn ja, wie oft?	nein ☐ ja ☐ Mal
Hatten Sie Schwangerschaften in einer anderen Partnerschaft?	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 (Bauchspiegelung oder Ultraschall) 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 (Röteln-Titer, 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: