

Fragebogen für Paare mit Kinderwunsch

Patientin / Frau

Name			
Alter	Jahre		
Beruf			
Name Ihrer/s Frauenärztin/-arzt			
Sind Sie mit Ihrem Partner verheiratet?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Größe und Gewicht	cm	kg	
Rauchen Sie? Wenn ja: wie viel?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Zigaretten/Tag
Alkoholgenuss?	nie <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	oft <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/>
Sind Allergien bekannt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Welche?	welche?		
Bestehen behandlungsbedürftige Erkrankungen wie z.B. Schilddrüse, Thrombose, Krampfadern, Bluthochdruck, Eierstocksysten, Geschlechtskrankheiten o.ä. ?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Welche?	welche ?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein und wenn ja, welche?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Welche?	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 <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>	verlängert <input type="checkbox"/>
Haben Sie in den letzten Jahren eine Veränderung Ihrer Behaarung bemerkt?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine Anti-Baby-Pille eingenommen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
Wenn ja: von – bis welches Präparat?	von	bis	
	Name der Pille:		
Haben Sie eine Spirale getragen? Wenn ja: von – bis ?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	
	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 <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Mal

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

Partner / Mann

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