

## Fragebogen zum Erstbesuch im Fertility Center Bayreuth

**Frau** \_\_\_\_\_  
Name, Vorname geb. am

Adresse: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnummer  
\_\_\_\_\_ Postleitzahl, Stadt

Telefon- /Handynummer: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_

z. Zt. berufstätig?  Ja  Nein  
 Beziehungsstatus:  heterosexuelle Beziehung  homosexuelle Beziehung  Single  
 verheiratet (mit diesem Partner)  Ja  Nein  
 verwandt mit diesem Partner  Nein  Ja, \_\_\_\_\_  
 Kinderwunsch seit \_\_\_\_\_  
 Geschlechtsverkehr ohne Verhütung seit (Jahr)? \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm BMI.....

### Allgemeine Krankengeschichte & Risikofaktoren:

Standen Sie schon einmal wegen einer der folgenden Erkrankungen in ärztlicher Behandlung?  Nein

- Schilddrüsenerkrankung  Ja
- Thrombose  Ja
- Bluthochdruck  Ja
- Diabetes  Ja
- Migräne  Ja
- Epilepsie  Ja
- andere (ggf. welche? z. B. auch Infektionen wie Hepatitis oder HIV) \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?  Nein  
 Falls ja, welche, in welcher Dosis? \_\_\_\_\_

Ist bei Ihnen eine genetische Untersuchung und/oder Beratung durchgeführt worden?  Nein  
 Wenn ja, wann, was und warum? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen die Durchgängigkeit der Eileiter bereits untersucht?  Nein

Falls ja:  
 -Röntgen-Durchleuchtung (HSG)   
 -Ultraschall mit Kontrastmittel-Durchspülung   
 -Bauchspiegelung (Laparoskopie)   
 wann (Jahr)? \_\_\_\_\_  
 Ergebnis? Eileiter links: \_\_\_\_\_  
 Eileiter rechts: \_\_\_\_\_

Sind Sie wegen einer Eileiterentzündung mit Antibiotika behandelt worden?  Ja  Nein

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_

Ist eine Endometriose festgestellt worden?  Ja  Nein

## Operationen

Wurden Sie bereits an Unterbauchorganen operiert?

(z. B. Blinddarm, Gebärmutter, Eierstöcke/Eileiter)

Falls ja, an welchen Organen

und wann? \_\_\_\_\_

Nein

Ist bei Ihnen eine Sterilisation durchgeführt worden?

Falls ja, wann? \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nein

Hatten Sie Operationen (außer an Unterbauchorganen)?

Nein

Falls ja, welche, wo und wann? \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

Waren Sie schon einmal schwanger?

Ja

Nein

Falls Ja:

Monat/Jahr Entbindungsart\* Schw.-Dauer Geschlecht Kinderwunsch-Behandlung?

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

(\*Spontan-Geburt, Kaiserschnitt, Fehlgeburt, Abbruch oder Eileiterschwangerschaft)

Schwangerschaften mit *jetzigem* Partner (obige Nr.)  1.  2.  3.  4.  5.

## Bisherige Kinderwunsch-Behandlung:

Hatten Sie schon Behandlungen wegen Kinderwunsch:  Ja

Nein

Kinderwunsch-Behandlung seit: \_\_\_\_\_ (Monat) \_\_\_\_\_ (Jahr)

Hormonbehandlung:

Anzahl:

Zentrum:

mit Tabletten

\_\_\_\_\_

mit Spritzen

\_\_\_\_\_

Insemination (Samenübertragung) \_\_\_\_\_

Spendersamen-Übertragung \_\_\_\_\_

IVF \_\_\_\_\_

ICSI \_\_\_\_\_

IVF und gleichzeitig ICSI \_\_\_\_\_

Kryozyklus \_\_\_\_\_

Sonstiges \_\_\_\_\_

## Allergien?

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Nein

Haben Sie an Ihrem Arbeitsplatz oder in Ihrer Freizeit Kontakt mit Schadstoffen, z. B. Lacken, Lösungsmitteln, Schwermetallen, Insektiziden etc.?

Nein

Falls ja, mit welchen? \_\_\_\_\_

## Zyklus

Alter zum Zeitpunkt der ersten Regelblutung? \_\_\_\_\_ (Jahre)

Erster Tag der letzten Periode (Datum) \_\_\_\_\_

Zyklusdauer (vom 1.Tag der Blutung bis zum Einsetzen der nächsten Blutung):

- regelmäßig: mind. \_\_\_\_\_ Tage, max. \_\_\_\_\_ Tage  
(ohne Einnahme von z. B. Pille)
- unregelmäßig: nur ca. \_\_\_\_\_ -mal Blutung/Jahr
- keine Blutung ohne Einnahme von z.B. Pille

Blutungsdauer: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Tage

Treten im Verlauf eines Zyklus unregelmäßige Blutungen auf?

Zwischenblutung     Schmierblutung     Nein

Haben Sie Schmerzen während Ihrer Regelblutung?     Ja     Nein

## Kinderwunschbezogene Krankengeschichte der Frau

Haben Sie eine Zunahme der Körperbehaarung beobachtet?     Nein

Falls ja, seit wann (Jahr) \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen beim Verkehr?     Ja     Nein

Rauchen Sie?     Nein

Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

Waren Sie Raucherin?     Ja     Nein

Wie oft trinken Sie Alkohol? \_\_\_\_\_

Wenn ja was:     Wein/Bier     Spirituosen

Waren Sie alkoholabhängig?     Ja     Nein

Nehmen Sie Drogen oder Ähnliches ein?     Nein

Falls ja: seit wann und was? \_\_\_\_\_

Haben Sie früher Drogen konsumiert     Nein

Falls ja: wann und was? \_\_\_\_\_

**Krankheiten in der Familie** (z. B. Erbkrankheiten, unerfüllter Kinderwunsch, Krebskrankheiten, Thrombose etc.):

\_\_\_\_\_

## Hinweis:

Halten Sie noch irgendetwas für wichtig, was hier nicht gefragt wurde?  
(z. B. besondere Stressbelastung, Konfliktsituationen, Sexualstörung u. a.)

\_\_\_\_\_

Ort, Datum, Unterschrift

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**