

Fragebogen zum Erstbesuch im Fertility Center Bayreuth

Frau _____
Name, Vorname geb.: am

_____ Geburtsname

Adresse: _____
Straße, Hausnummer

_____ Postleitzahl, Stadt

Geb.-Ort: _____

Telefon: _____

Handynummer: _____

E- Mail: _____

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) Nein
 Falls ja, an welchen Organen
 und wann? _____

Ist bei Ihnen eine Sterilisation durchgeführt worden? Nein
 Falls ja, wann? _____ (Jahr)

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? Nein
 Falls ja, welche? _____

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

Friedrich-von-Schiller-Str. 35
 95444 Bayreuth
 Telefon 09 21 - 530 302 - 10
 Telefax 09 21 - 530 302 - 11
 fertility-center-bayreuth.de
 info@fertility-center-bt.de

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!