



Fragebogen für die FRAU

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen Sie diesen für Ihre Behandlung sehr wichtigen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir Sie bestmöglich betreuen und die optimale Therapieform für Sie wählen!

1. Wie verläuft **Ihr Zyklus** (vom 1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung)?

- regelmäßig zwischen 25 und 40 Tagen
 unregelmäßig weniger als 25 oder länger als 40 Tage
 Ich habe Zwischenblutungen.

2. Meine **Monatsblutung**:

- a) Der 1. Tag meiner letzten Monatsblutung war am: _____
b) Meine erste Regelblutung ist im Alter von _____ Jahren das erste Mal eingetreten.
c) Die Menopause (=Wechseljahre) meiner Mutter trat ein im Alter von:
 unter 45 45 - 50 51 - 55 über 55
d) Ich hatte schon lange keine Blutung mehr.
 Sie ist sehr schmerzhaft, sodass ich regelmäßig Schmerzmittel einnehmen muss.

3. Falls Sie schon einmal **schwanger** waren, machen Sie bitte folgende Angaben:

- Ja und zwar _____ Mal, davon:

_____ Geburt(en) spontan	Jahr: _____
_____ Geburt(en) Kaiserschnitt	Jahr: _____
_____ Fehlgeburt(en) im Jahr:	Jahr: _____
_____ Eileiterschwangerschaft(en)	Jahr: _____
_____ Schwangerschaftsabbruch (Abtreibung)	Jahr: _____

Wurden Sie durch eine Kinderwunschbehandlung schwanger? Ja Nein

Kommentar (z.B. Mehrlinge, Ursache des Kaiserschnitts, Frühgeburt, Todgeburt, etc.):



Fragebogen für die FRAU

4. Wurden bei Ihnen **Untersuchungen des Immunsystems (immunologische Untersuchung / Antikörperscreening) oder genetische Untersuchungen (z.B. Chromosomenanalyse)** durchgeführt?

Nein Ja, und zwar: _____

Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns diesen Befund!

5. Gibt es in Ihrer Familie **Erbkrankheiten** (z.B. Mukoviszidose / Cystische Fibrose, Duchenne's Muskelerkrankung, usw.)?

Nein Ja, und zwar: _____

6. Wurden **Ihre Eileiter** schon einmal untersucht?

Nein Ja zuletzt im Jahr: _____

Mit welcher Methode wurden Ihre Eileiter untersucht?

Bauchspiegelung Röntgen (HSG) Hydrosonographie (HyCoSy)

Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns diesen Befund!

7. Gynäkologische Erkrankungen

ERKRANKUNG	JA	Kommentar
Endometriose		
Eierstockzysten		
Eierstockentzündung		
Gebärmutterfehlbildung		
PCO-Syndrom		
Andere:		

Wichtig: Bitte halten Sie Rücksprache mit Ihrem Frauenarzt und übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!



Fragebogen für die FRAU

8. Hatten Sie bereits **Operationen** im Unterleibs- oder Genitalbereich? (z.B. Entfernung eines Eileiters oder Eierstocks)

OPERATION	JA	JAHR	Kommentar
Bauchspiegelung (LSK)			
Gebärmutter Spiegelung (HSK)			
Konisation			
Curettag (Ausschabung)			
Andere:			

Wichtig: Bitte halten Sie Rücksprache mit Ihrem Frauenarzt und übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!

9. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

Name des Medikaments	Dosierung	Seit wann & Warum?

10. Leiden Sie oder haben Sie an folgenden Erkrankungen bzw. Symptomen gelitten?

ERKRANKUNGEN	JA	Kommentar
Medikamentenallergie (z.B. Antibiotika, Aspirin, Schmerzmittel usw.)		gegen:
Hepatitis B oder C Wann?		<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> abgelaufen behandelt mit:
HIV		behandelt mit:
Syphilis (Geschlechtskrankheit) Wann?		behandelt mit:
Chlamydieninfektion Wann?		behandelt mit:



Fragebogen für die FRAU

ERKRANKUNGEN	JA	Kommentar
Thrombose / Blutgerinnungsstörung z.B. Bluterkrankheit, Einnahme von blutverdünnenden Medikamenten		und zwar:
Schilddrüsenerkrankung z. B. Schilddrüsenunterfunktion, Hashimoto		und zwar: behandelt mit:
Krebs		und zwar: Behandlung: <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Bestrahlung
Untypische Gesichtsbehaarung / Körperbehaarung		
Akne		
Zuckerkrankheit (Diabetes)		Seit wann: behandelt mit:
Bluthochdruck		behandelt mit:
Andere:		und zwar:

Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!



Fragebogen für die FRAU

11. Wie **groß** und wie **schwer** sind Sie derzeit? _____ cm _____ kg

12. **Rauchen Sie?**

- Nein Ja, und zwar _____ Zigaretten pro Tag.
 Ich bin Nichtraucher seit _____ Jahren.

13. **Trinken Sie mehr als vier alkoholische Getränke pro Woche?**

- Nein Ja, und zwar _____ alkoholische Getränke.

14. **Betreiben Sie regelmäßig Sport mit übermäßiger Belastung?**

(z.B. Marathontraining, exzessives Gewichtheben, Leistungssport, usw.)

- Nein Ja Kommentar: _____

15. **Haben Sie spezielle Wünsche für Ihre zukünftige Behandlung?**

- Nein Ja, und zwar: _____

Wir werden versuchen ihren Wünschen bestmöglich entgegenzukommen.

Gut zu wissen! 

**Wir danken Ihnen für die Übermittlung aller notwendigen Befunde / Unterlagen,
damit wir Ihr Erstgespräch optimal vorbereiten können und
Sie keine wertvolle Zeit verlieren!**