



# Fragebogen für die FRAU

**Familienname:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

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

## 1. Wie lange haben Sie schon **unerfüllten Kinderwunsch** mit Ihrem jetzigen Partner?

Seit \_\_\_\_\_ Jahren.

## 2. 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.

## 3. 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.

## 4. Wie häufig haben Sie **Geschlechtsverkehr** mit Ihrem Partner?

\_\_\_\_\_ Mal pro Monat      bzw.      \_\_\_\_\_ Mal pro Woche

## 5. Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in **ärztlicher Behandlung**?

- Nein     Ja  
 Ich habe Unterlagen (z.B. Stimulationspläne, Eizellübersicht, usw.) über die Behandlung(en) vorliegend bzw. kann ich diese im damals zuständigen Institut anfordern.  
 Ich habe keinerlei Behandlungsunterlagen und kann diese auch nicht anfordern.  
→ Bitte füllen Sie das beigegefügte Formular „**Details zu Ihren Vorversuchen**“ gewissenhaft aus.





## Fragebogen für die FRAU

### 10. 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!**

### 11. 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!**

### 12. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

Name des Medikaments	Dosierung	Seit wann & Warum?



## Fragebogen für die FRAU

### 13. 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:
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 Gesichtshaarung / 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

14. Wie **groß** und wie **schwer** sind Sie derzeit? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

15. **Rauchen** Sie?

Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag.

Ich bin Nichtraucher seit \_\_\_\_\_ Jahren.

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

Nein  Ja, und zwar \_\_\_\_\_ alkoholische Getränke.

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

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

Nein  Ja    Kommentar: \_\_\_\_\_

18. Haben Sie den Eindruck, dass Sie der Kinderwunsch **psychisch belastet** & würden Sie gerne unverbindliche Einladungen zu unseren **Entspannungsgruppen** erhalten?

Nein  Ja

19. 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!**