



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!

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. das Kommentarfeld ausfüllen.

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

zwischen 25 und 29 Tagen

kürzer als 25 Tage

länger als 30 Tage

Ich habe Zwischenblutungen.

Mein **Zyklus** ist: regelmäßig unregelmäßig

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.

e) Sie ist sehr schmerzhaft, sodass ich regelmäßig Schmerzmittel einnehmen muss.

3. 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!



Fragebogen für die FRAU

4. 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):	Jahr: _____
_____ Eileiterschwangerschaft(en)	Jahr: _____
_____ Schwangerschaftsabbruch (Abtreibung)	Jahr: _____

Wurden Sie durch eine Kinderwunschbehandlung schwanger? Ja Nein

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

5. 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

6. 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			
Curettage (Ausschabung)			
Anderere:			

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

7. Hatten Sie andere **Operationen**, die für uns wichtig sein könnten?

OPERATION	JAHR	Kommentar

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

Name des Medikaments	Dosierung	Seit wann & Warum?



Fragebogen für die FRAU

9. 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		<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> abgelaufen Wann? Behandelt mit:
HIV		Wann? Behandelt mit:
Syphilis (Geschlechtskrankheit)		Wann? Behandelt mit:
Chlamydieninfektion		Wann? Behandelt mit:
Andere ERKRANKUNGEN , die für uns <u>wichtig</u> sein könnten?		

Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!



Fragebogen für die FRAU

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

11. Rauchen Sie?

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

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

- Nein Ja, und zwar _____ alkoholische Getränke.

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

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

- Nein Ja Kommentar: _____

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

.....
Datum

.....
Unterschrift (handschriftlich)

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!**