

Datum Erstgespräch: _____ Arzt: _____ Überweiser: _____

**Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an.
Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.**

Name:	_____
Vorname:	_____
Geburtsname:	_____
Geburtsort:	_____
Adresse:	_____
Telefon:	_____
Beruf:	_____

¹ **Geburtsdatum:** _____ **Alter:** _____

² **Sind Sie miteinander verheiratet?** ja nein

Seit wann besteht Ihre jetzige Ehe (Lebenspartnerschaft)? _____ (Datum)

³ **Seit wann haben Sie einen Kinderwunsch?**
_____ (Monat, Jahr)

Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit ihrem Partner?

- ca. _____ Mal pro Woche

- ca. _____ Mal pro Monat

⁴ **Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?**

nein ja, seit _____ (Jahr)

- falls ja, wie viele Ärzte haben Sie bereits aufgesucht? _____ Ärzte

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Insemination - mit Sperma des Partners	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Insemination - mit Spendersperma	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung (IVF)	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
GIFT	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
andere	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

⁵ **Bei vorausgegangenen Stimulationen der Eierstöcke oder Inseminationen:**

Welche Medikamente haben Sie dafür erhalten?

Gab es dabei Komplikationen?

nein Überstimulationssyndrom

Blutungen sonstige (welche?)

⁶ **Vorausgegangene IVF- oder ICSI-Behandlungen*:**

* falls Sie bereits mehr als vier IVF- oder ICSI-Behandlungen hatten, bitte nachfolgend die letzten vier angeben

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
1	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
2	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
3	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
4	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

- 17 **Haben Sie Schmerzen während der Periode?**
 nein leicht mittel stark
Wie häufig? selten geleg. immer
Einnahme von Schmerztabletten? nein ja
Wann beginnen die Schmerzen?
 vor ... mit ... dem Einsetzen der Blutung
Wann sind die Schmerzen am stärksten?
 vor ... mit ... dem Einsetzen der Blutung
Haben Sie seit Ihrer ersten Monatsblutung Schmerzen?
 nein ja

- 18 **Haben Sie sonstige Unterleibsschmerzen?**
 nein selten öfter immer
Schmerzen beim Wasserlassen? nein ja
Schmerzen beim Stuhlgang? nein ja
Blutbeimengungen im Urin nein ja
Blutbeimengungen im Stuhl nein ja
Schmerzen beim Verkehr? nein ja

- 19 **Bemerken Sie in den Tagen vor Einsetzen der Monatsblutung folgende Symptome?** nein
- | | leicht | mittel | stark |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Blähbauch / Völlegefühl | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Niedergeschlagenheit / Depressionen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Migräne | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Gewichtszunahme | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Schwellungen von Händen / Füßen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Brustspannen/empfindl. Brustwarzen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- 20 **Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft oder Stillzeit, einmal den Austritt von Sekret aus Ihrer Brust bemerkt?**
 nein ja ja, jedoch nur nach Provokation
- seit wann?
- auf welcher Seite? einseitig beidseitig
- von welcher Farbe?

- 21 **Leiden Sie unter folgenden Symptomen?** nein
- | | leicht | mittel | stark |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Akne: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - seit wann? | | | |
| - wo? <input type="radio"/> Gesicht <input type="radio"/> Rücken <input type="radio"/> Brustkorb | | | |
| verstärkter Haarausfall: | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| - seit wann? | | | |

- Zunahme der Körperbehaarung:** leicht mittel stark

- seit wann?
- wo? Gesicht Rücken Brustkorb
 Beine Arme Bauch

- 22 **Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?**
Gewicht (Kilo): Größe (cm):
Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?
 nein ja, mit Zunahme ja, mit Abnahme

- 23 **Wieviele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich?**
 1-2 3-4 mehr als 4
Wie ernähren Sie sich?
 Mischkost vegetarisch eher einseitig

- 24 **Treiben Sie Sport?**
 nie selten gelegentlich regelmäßig
- falls ja, welche Sportarten?
.....
.....

- 25 **Trinken Sie Alkohol?**
 nie selten gelegentlich regelmäßig
Rauchen Sie?
 nein 1-5 Zig./Tag
 6-10 Zig./Tag 11-15 Zig./Tag
 16-20 Zig./Tag mehr als 20 (Anzahl?)

- Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)?**
 nein ja
- welche?
- wie oft?

- Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?**
 nein ja

- 26 **Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?**
 nein Schichtarbeit
 Lärm fehlendes Tageslicht
 Stäube schwere körperliche Belastung
 Chemikalien Gase/Aerosole

- Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?**
.....
.....

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

27 Haben Sie Allergien?

nein ja (welche?)

Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?

nein ja

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?

28 Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden?

nein
(seit) Jahr

- Diabetes (Zuckerkrankheit) _____
- insulinpflichtig? ja nein
- Epilepsie _____
- Unterleibsschmerzen _____
- Asthma / chron. Bronchitis _____
- Magen-/ Darmerkrankung _____
- Nierenerkrankung _____
- Nebennierenerkrankung _____
- Lebererkrankung _____
- Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßerkrankung _____
- Krebs / andere Tumore _____
- welche? _____
- Kopfschmerzen _____
- Migräne _____

29 Leiden Sie insbesondere an folgenden Beschwerden?

nein

- | | leicht | mittel | stark |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| allg. Müdigkeit / Leistungsabfall | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Reizbarkeit / Nervosität | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stress (allgemein) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Stress (am Arbeitsplatz) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Partnerschaftskonflikte | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Ängstlichkeit / Depressionen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Seelische Erkrankung | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Hitzewallungen / Schweißausbrüche | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| fleckige Hautrötungen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| trockene Scheide | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Herzklopfen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Thrombosen | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Bluthochdruck | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- | | leicht | mittel | stark |
|-------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Krampfadern | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Eierstockzysten

30 Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?

nein ja (wann?)

- falls ja, mit welcher Methode?

Ultraschall radiologisch Bluttest

- mit welchem Ergebnis?

unbekannt ohne Befund auffällig

- falls auffällig, mit welchem Befund?

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

nein ja (welche?)

31 Wurden, außer im Bauchraum oder Unterleib, bereits andere Operationen durchgeführt?

nein ja (welche?) Jahr

32 Leiden Sie an weiteren Begleiterkrankungen und welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein?

nein ja (welche?) Medikamente

33 Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?

nein

ja, mütterlicherseits (welche?)

ja, väterlicherseits (welche?)

34 Sind Sie Träger von oder haben Sie Kontakt zu Personen mit multiresistenten Erregern – z.B. MRSA?

nein ja

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

35 **Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt ?**

nein ja

- mit welchem Ergebnis?

unauffällig auffällig

36 **Wurde ein genetischer Test auf cystische Fibrose (CFTR) durchgeführt?**

nein ja

- mit welchem Ergebnis?

unauffällig auffällig

37 **Sind Sie bereits gegen Röteln geimpft?**

nein ja

38 **Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?**

Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?

Bemerkungen

↓ **Wird vom Arzt im Kinderwunschzentrum ausgefüllt** ↓

Sterilisation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
----------------------	--------------------------	----------------------------

Indikationen	+ Relevanz -		
keine bekannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tubar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endometriose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
path. Tubenfaktor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dysmukorrhoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spermienantikörper (F)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

path. Zyklus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amenorrhoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oligomenorrhoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anovulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lutealphasendefekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PCO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyperandrogenämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyperprolaktinämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unbekannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ART Hauptindikation	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
	<input type="radio"/> beide	<input type="radio"/> idiopathisch

Geplante Behandlung

- | | |
|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Monitoring mit VZO | <input type="radio"/> OS mit VZO |
| <input type="radio"/> IUI | <input type="radio"/> AID |
| <input type="radio"/> IVF | <input type="radio"/> ICSI |
| <input type="radio"/> IVF + ICSI | <input type="radio"/> Kryotransfer |
| <input type="radio"/> GIFT | <input type="radio"/> |

Spermien

- | | | |
|---|---|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Ejakulat | <input type="radio"/> epidydimal | <input type="radio"/> testikulär |
| <input type="radio"/> einzeitige OP | <input type="radio"/> zweizeitige OP | |
| <input type="radio"/> Auftau | <input type="radio"/> Kryokonservierung | |
| <input type="radio"/> Spermogrammtermin vereinbaren | | |

# Embryonen für ET	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
---------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------

Kryo VKs erwünscht?
<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, ab <input type="text" value=""/> VKs

Infektionsserologie

- | | | | | |
|------------------------------|---------------------------|---------------------------|--------------------------|------------------------------|
| <input type="radio"/> HIV | <input type="radio"/> HBV | <input type="radio"/> HCV | <input type="radio"/> TP | <input type="radio"/> Chlam. |
| <input type="radio"/> Röteln | | | | |

Basishormone

- | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| <input type="radio"/> FSH | <input type="radio"/> LH | <input type="radio"/> TSH | <input type="radio"/> TESTO | <input type="radio"/> DHEAS |
| <input type="radio"/> E2 | <input type="radio"/> HCG | <input type="radio"/> PRG | <input type="radio"/> 17-OH-P | |
| <input type="radio"/> Androstendion | | <input type="radio"/> PRL | | |

Abstrich

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|
| <input type="radio"/> Pilze | <input type="radio"/> Bakt. | <input type="radio"/> Chlam. | <input type="radio"/> Mykopl. |
|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------------------------|

Genetik

- | | | |
|---------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| <input type="radio"/> Zytogramm | <input type="radio"/> CFTR | <input type="radio"/> AZF |
|---------------------------------|----------------------------|---------------------------|

<input type="radio"/> Überweisung Anästhesie
<input type="radio"/> Überweisung Humangenetik