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 **Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?**

◯ regelmäßig zwischen _____ und _____ Tagen

◯ unregelmäßig

zwischen _____ und _____ Tagen

◯ zur Zeit keine Regelblutung

seit _____ ◯ Tagen ◯ Wochen ◯ Monaten

3 **Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt?**

- zwischen _____ und _____ Tagen

Wie ist die Blutungsstärke der Regel?

◯ leicht ◯ mittel ◯ stark

Haben Sie Zwischenblutungen? ◯ nein ◯ ja

- oder Schmierblutungen vor bzw. nach der Regel? ☐ nein ☐ ja, vorher ☐ ja, nachher

Datum der letzten Regel? _____

4 **Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?**

_____ (Jahr)

Wann war Ihre letzte Mammographie?

_____ (Jahr)

5 **In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?**

- mit _____ Jahren

Beginn der Brustentwicklung mit _____ Jahren

Beginn der Achsel- und Schambehaarung mit _____ Jahren

6 **Wie regelmäßig waren Ihre Monatszyklen in den ersten Jahren der Pubertät?**

- durchschnittlich alle _____ bis _____ Tage

☐ noch nie eine spontane Blutung gehabt

7 **Haben Sie / Betreiben Sie Empfängnisschutz ?**

Pille: ◯ nein ◯ ja: von _____ bis _____

Spirale: ◯ nein ◯ ja: von _____ bis _____

Haben Sie sich sterilisieren lassen?

◯ nein ◯ ja **(wann?)** _____

Gab es Komplikationen?

◯ nein ◯ ja **(welche?)**

_____

8 **Waren Sie bereits schwanger?**

◯ nein ◯ ja

- falls ja, Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft?

_____ Monate

Jahr	Geburt (G)? Fehlgeburt (F)? Abbruch (A)?	Mit jetzigem Partner?	Nach Kinderwunschbehandlung?
_____	◯ G ◯ F ◯ A	◯ ja ◯ nein	◯ ja ◯ nein
_____	◯ G ◯ F ◯ A	◯ ja ◯ nein	◯ ja ◯ nein
_____	◯ G ◯ F ◯ A	◯ ja ◯ nein	◯ ja ◯ nein
_____	◯ G ◯ F ◯ A	◯ ja ◯ nein	◯ ja ◯ nein

Traten Komplikationen auf? ◯ nein ◯ ja

9 **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

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

10 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

11 Bemerken Sie in den Tagen vor Einsetzen der Monatsblutung folgende Symptome? ☐ nein

	leicht	mittel	stark
Blähbauch / Völlegefühl	☐	☐	☐
Niedergeschlagenheit / Depressionen	☐	☐	☐
Migräne	☐	☐	☐
Gewichtszunahme	☐	☐	☐
Schwellungen von Händen / Füßen	☐	☐	☐
Brustspannen/empfindl. Brustwarzen	☐	☐	☐

12 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? ----------

13 Leiden Sie unter folgenden Symptomen? ☐ nein

	leicht	mittel	stark
Akne:	☐	☐	☐

- seit wann? ----------

- wo? ☐ Gesicht ☐ Rücken ☐ Brustkorb

	leicht	mittel	stark
verstärkter Haarausfall:	☐	☐	☐

- seit wann? ----------

	leicht	mittel	stark
Zunahme der Körperbehaarung:	☐	☐	☐

- seit wann? ----------

- wo? ☐ Gesicht ☐ Rücken ☐ Brustkorb ☐ Beine ☐ Arme ☐ Bauch

14 Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (Kilo): ---------- Größe (cm): ----------

Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?

☐ nein ☐ ja, mit Zunahme ☐ ja, mit Abnahme

15 Wieviele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich?

☐ 1-2 ☐ 3-4 ☐ mehr als 4

Wie ernähren Sie sich?

☐ Mischkost ☐ vegetarisch ☐ eher einseitig

16 Treiben Sie Sport?

☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

- falls ja, welche Sportarten?

---

17 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

18 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.?

---

19 Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?

☐ nein ☐ ja **(welche?)** **Jahr**

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

20 **Haben Sie Allergien?**

☐ nein ☐ ja **(welche?)**

Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?

☐ nein ☐ ja

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?

---

21 **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	

22 **Leiden Sie insbesondere an folgenden Beschwerden?** ☐ nein

	leicht	mittel	stark
Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe	☐	☐	☐
allg. Müdigkeit / Leistungsabfall	☐	☐	☐
Reizbarkeit / Nervosität	☐	☐	☐
Stress (allgemein)	☐	☐	☐
Stress (am Arbeitsplatz)	☐	☐	☐
Partnerschaftskonflikte	☐	☐	☐
Ängstlichkeit / Depressionen	☐	☐	☐
Seelische Erkrankung	☐	☐	☐
Hitzewallungen / Schweißausbrüche	☐	☐	☐
fleckige Hautrötungen	☐	☐	☐
trockene Scheide	☐	☐	☐
Herzklopfen	☐	☐	☐
Thrombosen	☐	☐	☐
Bluthochdruck	☐	☐	☐
Krampfadern	☐	☐	☐
Eierstockzysten	☐	☐	☐

23 **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?)**

---

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

☐ nein ☐ ja **(welche?)** **Jahr**

---

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

☐ nein ☐ ja **(welche?)** **Medikamente**

---

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

☐ nein

☐ ja, mütterlicherseits **(welche?)**

☐ ja, väterlicherseits **(welche?)**

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

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

O nein O ja

Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomen-untersuchung durchgeführt?

O nein O ja

- mit welchem Ergebnis?

O unauffällig O auffällig

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

O nein O ja

- mit welchem Ergebnis?

O unauffällig O auffällig

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

O nein O ja

30 **Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?**

Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?

Bemerkungen

Wird vom Arzt im Kinderwunschzentrum ausgefüllt

Sterilisation O ja O nein

Indikationen	+ Relevanz -		
keine bekannt	O	O	O
tubar	O	O	O
Endometriose	O	O	O
path. Tubenfaktor	O	O	O
Dysmukorrhoe	O	O	O
Spermienantikörper (F)	O	O	O
path. Zyklus	O	O	O
Amenorhoe	O	O	O
Oligomenorrhoe	O	O	O
Anovulation	O	O	O
Lutealphasendefekt	O	O	O
PCO	O	O	O
Hyperandrogenämie	O	O	O
Hyperprolaktinämie	O	O	O
unbekannt	O	O	O
sonstiges	O	O	O

ART Hauptindikation O weiblich O männlich O beide O idiopathisch

Geplante Behandlung

O Monitoring mit VZO O OS mit VZO
O IUI O AID
O IVF O ICSI
O IVF + ICSI O Kryotransfer
O GIFT O Med. Fertiprotekt
O Eizellbanking/social freezing

Spermien

O Ejakulat O epidydimal O testikulär
O einzeitige OP O zweizeitige OP
O Auftau O Kryokonservierung
O Spermiogramm Termin vereinbaren

 # Embryonen für ET O 1 O 2 O 3

Kryo VKs erwünscht?

O nein O ja, ab [ ] VKs

Infektionsserologie

O HIV O HBV O HCV O TP O Chlam.
O Röteln

Basishormone

O FSH O LH O TSH O TESTO O DHEAS
O E2 O HCG O PRG O 17-OH-P
O Androstendion O PRL