

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:	_____

<sup>1</sup> Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> 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

<sup>3</sup> 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   ja, vorher  
vor bzw. nach der Regel?  nein  ja, nachher

Datum der letzten Regel? \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?

\_\_\_\_\_ (Jahr)

Wann war Ihre letzte Mammographie?

\_\_\_\_\_ (Jahr)

<sup>5</sup> In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?

- mit \_\_\_\_\_ Jahren

Beginn der Brustentwicklung mit \_\_\_\_\_ Jahren

Beginn der Achsel- und Schambehaarung mit \_\_\_\_\_ Jahren

<sup>6</sup> Wie regelmäßig waren Ihre Monatszyklen in den ersten Jahren der Pubertät?

- durchschnittlich alle \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Tage  
 noch nie eine spontane Blutung gehabt

<sup>7</sup> Haben Sie / Betreiben Sie Empfängnischutz ?

Pille:  nein  ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Spirale:  nein  ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Haben Sie sich sterilisieren lassen?

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen?

nein  ja (welche?) \_\_\_\_\_

<sup>8</sup> 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?
_____	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
_____	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
_____	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
_____	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Traten Komplikationen auf?  nein  ja

<sup>9</sup> 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 Bemerkten 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"/> |

- 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                 |
|---|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| <b>Akne:</b>  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>- seit wann?</b> .....   |                       |                       |                       |
| <b>- wo?</b> <input type="radio"/> Gesicht <input type="radio"/> Rücken <input type="radio"/> Brustkorb |                       |                       |                       |
| <b>verstärkter Haarausfall:</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>- seit wann?</b> .....   |                       |                       |                       |
| <b>Zunahme der Körperbehaarung:</b>   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| <b>- seit wann?</b> .....   |                       |                       |                       |
| <b>- wo?</b> <input type="radio"/> Gesicht <input type="radio"/> Rücken <input type="radio"/> Brustkorb |                       |                       |                       |
| <input type="radio"/> Beine <input type="radio"/> Arme <input type="radio"/> 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?)
- |       |             |
|-------|-------------|
|       | <b>Jahr</b> |
| ..... |             |
| ..... |             |
| ..... |             |
| ..... |             |

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)  ja  nein
- 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 | <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 | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

**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?**

nein  ja

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

nein  ja

**- mit welchem Ergebnis?**

unauffällig  auffällig

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

nein  ja

**- mit welchem Ergebnis?**

unauffällig  auffällig

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

nein  ja

**30 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?**

.....  
**Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?**

**Bemerkungen**

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

**Sterilisation**  ja  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**  weiblich  männlich  
 beide  idiopathisch

**Geplante Behandlung**

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

**Spermien**

Ejakulat  epidydimal  testikulär  
 einzeitige OP  zweizeitige OP  
 Auftau  Kryokonservierung  
 Spermogramm Termin vereinbaren

**# Embryonen für ET**  1  2  3

**Kryo VKs erwünscht?**

nein  ja, ab  VKs

**Infektionsserologie**

HIV  HBV  HCV  TP  Chlam.  
 Röteln

**Basishormone**

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