



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

Datum Erstgespräch: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_ Überweiser: \_\_\_\_\_

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Strasse:</b>	
<b>PLZ/Ort:</b>	
<b>Krankenkasse:</b>	
<b>Kassen-Nr.:</b>	
<b>Versichertenr.:</b>	
<b>Status</b>	<b>Gültig</b>
<b>Geburtsname:</b>	
<b>Telefon-Nr.:</b>	
<b>Mobil-Nr.:</b>	

Auftauzyklus (Kryotransfer)	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
GIFT	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
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 ein-gefroren	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 ein-gefroren	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 ein-gefroren	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 ein-gefroren	Schwangerschaft
4	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	_____	_____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?**

\_\_\_\_\_

**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



**Gab es bei IVF- / ICSI-Therapien Komplikationen?**

- nein  Überstimulationssyndrom  
 Blutungen  sonstige (welche?)

**7 Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft?**

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

**- falls ja, mit welcher Methode?**

- Ultraschall  Röntgen  Bauchspiegelung

**- mit welchem Ergebnis?**

- Eileiter links:  durchgängig  verschlossen  
 Eileiter rechts:  durchgängig  verschlossen

**8 Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?**

- nein  ja (welche?) 

	Jahr
--	------



**9 Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?**

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

**Wann war Ihre letzte Mammographie?**

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

**10 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 Kinderwunsch- behandlung?
	OG OF OA	O ja O nein	O ja O nein
	OG OF OA	O ja O nein	O ja O nein
	OG OF OA	O ja O nein	O ja O nein
	OG OF OA	O ja O nein	O ja O nein

**Traten Komplikationen auf?**  nein  ja

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

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

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

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

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

- durchschnittlich alle \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Tage

noch nie eine Regelblutung bekommen

**13 Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?**

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

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

**Haben Sie sich sterilisieren lassen?**

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

**Gab es Komplikationen?**

nein  ja (welche?)

**14 Haben Sie bereits Ihre Basaltemperatur zur Bestimmung Ihrer fruchtbaren Tage gemessen?**

nein  ja

**- mit welchem Ergebnis?**

unauffällig  auffällig

**15 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

**16 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?** \_\_\_\_\_



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  öfters  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
<b>Akne:</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**- seit wann?** \_\_\_\_\_  
**- wo?**  Gesicht  Rücken  Brustkorb

**verstärkter Haarausfall:** leicht mittel stark  
    
**- 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.?**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



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"/>
Krampfadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eierstockzysten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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?)

\_\_\_\_\_



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

34 **Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt ?**  
 nein  ja  
**- mit welchem Ergebnis?**  
 unauffällig  auffällig

35 **Wurde ein genetischer Test auf cystische Fibrose (CFTR) durchgeführt?**  
 nein  ja  
**- mit welchem Ergebnis?**  
 unauffällig  auffällig

36 **Sind Sie bereits gegen Röteln geimpft?**  
 nein  ja

37 **Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?**

**Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?**

<b>Bemerkungen</b>

↓ **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**

<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**

Ejakulat  epidydimal  testikulär  
 einzeitige OP  zweizeitige OP  
 Auftau  Kryokonservierung  
 Spermogrammtermin 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

**Abstrich**  
 Pilze  Bakt.  Chlam.  Mykopl.

**Genetik**  
 Zytogramm  CFTR  AZF

Überweisung Anästhesie  
 Überweisung Humangenetik