



**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: _____

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

Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)	-----	O ja O nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)	-----	O ja O nein
GIFT	-----	O ja O nein
Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
andere	-----	O ja O nein

5 **Bei vorausgegangenen Stimulationen der Eierstöcke oder Inseminationen:**
Welche Medikamente haben Sie dafür erhalten?

Gab es dabei Komplikationen?

O nein O Überstimulationssyndrom
 O Blutungen O 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	Eizellen punktiert	Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
1		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				O ja O nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#	Jahr	IVF	ICSI	Eizellen punktiert	Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
2		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				O ja O nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#	Jahr	IVF	ICSI	Eizellen punktiert	Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
3		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				O ja O 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?**
 O nein O ja, seit _____ (Jahr)

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

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung	-----	O ja O nein
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung	-----	O ja O nein
Insemination - mit Sperma des Partners	-----	O ja O nein
Insemination - mit Spendersperma	-----	O ja O nein
Künstliche Befruchtung (IVF)	-----	O ja O nein



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

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

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 Kinderwunschbehandlung?
_____	O G O F O A	O ja O nein	O ja O nein
_____	O G O F O A	O ja O nein	O ja O nein
_____	O G O F O A	O ja O nein	O ja O nein
_____	O G O F O A	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 ja, vorher
vor bzw. nach der Regel? nein 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
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:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
- seit wann?	_____		
- wo?	<input type="radio"/> Gesicht	<input type="radio"/> Rücken	<input type="radio"/> Brustkorb
	<input type="radio"/> Beine	<input type="radio"/> Arme	<input type="radio"/> 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
 allg. Müdigkeit / Leistungsabfall
 Reizbarkeit / Nervosität

- | | | | |
|-----------------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| 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?

.....

.....

Bemerkungen

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

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

Indikationen	+ Relevanz -		
<i>keine bekannt</i>	<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?

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