

Fragebogen der Kinderwunsch-Sprechstunde – Frau

Liebe Patientin,

Sie haben sich für eine Behandlung in unserer Klinik angemeldet. Dieser Fragebogen enthält teilweise Angaben für eine bundesweite, pseudonymisierte, verpflichtende Datensammlung für Kinderwunschbehandlungen (DirPro). Deshalb sind nicht alle Fragen von uns formuliert und zusammengestellt. Wir bitten um Ihr Verständnis. Bitte füllen Sie den Bogen möglichst umfassend und vollständig aus. Sämtliche von Ihnen angegebenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur für medizinische Entscheidungen berücksichtigt.

Dieser Bogen wurde ausgefüllt am: _____

Vorname
Nachname / Geburtsname
Titel
Geburtsdatum / Geburtsort
aktuelles Alter
Adresse
Telefon privat
Handy
E-Mail Adresse

Gewicht aktuell _____kg

Gewicht vor 6 Monaten _____kg

Größe _____cm

Krankenkasse /Versicherung: _____

Beruf: _____

Religion: _____(Angabe freiwillig)

Name und Geburtsdatum von **Partner /Ehemann**:

Familienstand

- ledig
- verheiratet mit jetzigem Partner
- verheiratet mit anderem Partner
- geschieden
- verwitwet

Betreuender

Frauenarzt: _____

Adresse: : _____ PLZ/Stadt _____

- hat mich überwiesen
- soll einen Brief bekommen

Hausarzt: _____

Fachrichtung _____

Adresse: _____ PLZ/Stadt _____

- hat mich überwiesen
- soll einen Brief bekommen

Bisherige Schwangerschaften (Zutreffendes einkreisen)

Monat/ Jahr	normale Geburt	Fehl- geburt	Ab- bruch	Eileiter- schwanger- schaft	in dieser Partner- schaft	durch Kinderwunsch- behandlung	Komplikationen, Kommentare
	ja /nein	ja nein	ja nein	ja /nein	ja /nein	ja /nein	
	ja /nein	ja nein	ja nein	ja /nein	ja /nein	ja /nein	
	ja / nein	ja nein	ja nein	ja /nein	ja /nein	ja /nein	
	ja /nein	ja nein	ja nein	ja /nein	ja /nein	ja /nein	

Haben Sie besondere **Essgewohnheiten**?

- Vegetarisch
- Vegan
- andere _____

Vorerkrankungen

Sind Sie gesund? ja () nein ()

Liegen bei Ihnen **besondere gesundheitliche oder psychische Erkrankungen** vor, die wir vor Ihrer Therapie wissen müssen oder die eine Hormonbehandlung bei Ihnen ausschließen?

- nein
 wenn ja, welche? _____

Sonstige Vorerkrankungen

	ja	nein	Kommentar
Diabetes			
Bluthochdruck			
Thrombosen /Embolien			
Krampfadern			
Epilepsie			
Migräne			
Kopfschmerzen			
psychische Erkrankungen			
Unterleibsschmerzen			
Asthma / chron. Bronchitis			
Magen/ Darmerkrankungen			
Leberentzündung			
Krebsleiden			
genetische Erkrankungen			
Muskelerkrankungen			
Schilddrüsenerkrankungen			
Rheuma/Arthritis			
Herzerkrankungen			
Sonstige nicht aufgeführte Erkrankungen			

Gynäkologische Vorerkrankungen

	ja	nein	Kommentar
Eierstock- Entzündung			
Endometriose			
Hormonstörungen			
Myome (gutartige Muskelknoten an der Gebärmutter)			
sonstige gynäkologische Vorerkrankungen			
Hatten Sie schon mal eine Überstimulation?			
Hatten Sie schon mal Zysten am Eierstock?			

Leiden Sie unter **Allergien/ Lebensmittelallergien**?

- nein
- wenn ja, welche?

Haben Sie schon mal **allergisch auf ein Medikament (z.B. Antibiose)** reagiert?

- nein
- wenn ja, auf welches?

Haben Sie **beruflich oder privat Kontakt zu Schadstoffen oder Giftstoffen/Pestiziden oder radioaktiven Substanzen**?

- nein
- wenn ja, mit welchen Stoffen?

Welche Medikamente oder Vitaminpräparate nehmen Sie aktuell?

- keine
- wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

- nein
- wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Trinken Sie Alkohol?

- nein
- wenn ja, wie viel? Pro Tag _____ pro Woche _____

Vorerkrankungen in der Familie

	ja	nein	mütterlicher/väterlicherseits
Diabetes			
Bluthochdruck			
Thrombosen/ Embolien			
genetische Erkrankungen			
Krebsleiden			
Sonstige Erkrankungen			

Seit wann haben Sie **Kinderwunsch**? (Monat/Jahr)

Seit wann **verhüten Sie nicht mehr**? (Monat/Jahr)

Sind Sie oder waren Sie in **Kinderwunschbehandlung**?

- wenn ja, seit wann? _____(Monat/Jahr)
- nein

Operationen

Voroperationen	Jahr	Krankenhaus	Kommentare
Blinddarmentfernung			
Mandelentfernung			
Bauchspiegelung/Laparoskopie			
Gebärmutter Spiegelung/Hysteroskopie			
Eierstockzystenentfernung			
Brustoperation			
Eileiterdurchgängigkeitsuntersuchung (operativ oder per Ultraschalluntersuchung)			
Andere Operationen			

Wurde bei Ihnen schon einmal eine **genetische Untersuchung** (Erbkrankheiten, Chromosomenanalyse) durchgeführt?

- nein
- wenn ja, aus welchem Anlass?

Wie alt waren Sie bei **Beginn der monatlichen Blutungen**? _____

Wann hat bei Ihnen die **Brustentwicklung** eingesetzt? _____

Wann begann Ihre **letzte Regelblutung**? _____

Wie war in letzter Zeit der **Abstand zwischen zwei Regelblutungen** (ohne Einnahme von Hormon-Medikamenten)? _____

Wie viel Tage **dauert die Regelblutung** durchschnittlich? _____

Wie ist die **Blutungsstärke**?

- schwach
- mittel
- stark

Haben Sie in den letzten Monaten/Jahren eine **Temperaturkurve** geführt?

- ja
- nein

Stellen Sie an den Tagen vor Einsetzen der Regel folgende **Empfindungen** an sich fest? (Bitte Zutreffendes ankreuzen)

<input type="checkbox"/>	Brustspannen/empfindliche Brustwarzen
<input type="checkbox"/>	Blähbauch/Völlegefühl
<input type="checkbox"/>	Neigung zur Niedergeschlagenheit/Depression
<input type="checkbox"/>	Neigung zu aggressivem Verhalten/ Stimmungsschwankungen
<input type="checkbox"/>	Gewichtszunahme
<input type="checkbox"/>	morgendliche Schwellung von Händen und/oder Füßen und/oder Gesicht
<input type="checkbox"/>	Neigung zur Akne
<input type="checkbox"/>	Schmerzen während der Periode () stark () mittel () schwach

Haben Sie eine Zunahme der **Körperbehaarung** bemerkt?

- ja, seit wann? _____ (Monat/Jahr)
- nein

Leiden Sie unter verstärktem **Haarausfall**?

- ja, seit wann? _____ (Monat/Jahr)
- nein

Leiden Sie unter **Akne**?

- ja, seit wann? _____ (Monat/Jahr)
- nein

Haben Sie die sogenannte **Antibabypille** eingenommen?

- ja, seit _____ bis _____ (= _____ Jahre)
- nein

Haben Sie mit der **Spirale** verhütet?

- ja, wann? _____ (Monat/Jahr)
- nein

Wie oft haben Sie durchschnittlich **sexuellen Verkehr**?

ca. _____ mal pro Woche

ca. _____ mal pro Monat

Kinderwunschvorbehandlungen

Wurde bei Ihnen bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt?

- ja
- nein

	Anzahl	Schwangerschaften	Komplikationen/Probleme
Ultraschall/Blutwertkontrolle mit anschließendem Verkehr zum Eisprung (im natürlichen Zyklus)			
Hormon-Vorbehandlung mit anschließendem Verkehr zum Eisprung (z.B. Clomifen oder FSH)			
Hormon-Vorbehandlung mit anschließender Insemination			
Heterologe Insemination (Spendersamen)			
In-Vitro-Fertilisation (IVF)			
Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)			
Transfer von eingefrorenen Prä-Embryonen (Kryotransfer)			
Eizellspende (in Deutschland verboten)			

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? _____(Monat/Jahr)

Wurde bei Ihnen schon mal eine Mammographie durchgeführt worden?

- wenn ja, wann? _____(Monat/Jahr)
- nein

Wurden bei Ihnen schon mal die Schilddrüsenwerte kontrolliert? (TSH, fT3, fT4)

- wenn ja, wann? _____(Monat/Jahr)
- nein

Haben Sie einen Rötelschutz (Rubella)?

- aktueller Antikörperstatus bekannt, wann? _____ (Monat/Jahr),
Ergebnis? _____
- nein

Haben Sie einen Windpockenschutz (Varizellen)?

- aktueller Antikörperstatus bekannt, wann? _____ (Monat/Jahr)
Ergebnis? _____
- nein

Haben Sie schon einmal folgende Tests machen lassen und wenn ja **wann** und **wie** war das Ergebnis?

- Hepatitis B _____
- Hepatitis C _____
- HIV _____ (Angabe freiwillig)
- nein

Haben Sie bereits ein Kind adoptiert?

- wenn ja, wann _____ (Monat/Jahr)
- nein

Wie sind auf uns aufmerksam geworden?

- Frauenarzt
- Hausarzt
- Internet
- Familie/Freunde/Bekannte
- Flyer/Broschüren
- Positive Erfahrung in der Universitätsmedizin

Wann haben Sie das erste Mal mit Ihrem Frauenarzt über Kinderwunsch gesprochen?

_____ (Monat/Jahr)

Wie lange hat es ab dem Kinderwunsch gedauert bis Sie sich entschieden haben ein Kinderwunschzentrum aufzusuchen oder sich überweisen zu lassen?

_____ (Monat/Jahr)

Was sind Ihre Wünsche oder auf was legen Sie besonders großen Wert während Ihrer Behandlung bei uns? Gibt es etwas auf das wir achten sollten? Gibt es Besonderheiten auf die wir Rücksicht nehmen sollten?

Ort, Datum _____

Unterschrift Patientin _____