

Fragebogen der Kinderwunsch-Sprechstunde – Frauenpaare

Liebes Paar,

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: _____

Name und Geburtsdatum Ihrer Partnerin/Ehefrau:

Familienstand

- ledig
- verheiratet mit jetziger Partnerin
- verheiratet mit anderer/-m Partner/-in
- geschieden
- verwitwet

Betreuender Frauenarzt: _____

Adresse: _____ PLZ/Stadt _____

Hausarzt: _____

Fachrichtung _____

Adresse: _____ PLZ/Stadt _____

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

Bisherige Schwangerschaften (Bitte 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	

Wie sind Sie schwanger geworden

- Schwangerschaft in einer heterosexuellen Partnerschaft
- Heiminsemination mit Bechermethode: wie oft?
- Behandlung in einem Kinderwunschzentrum. s. u.

Kinderwunschvorbehandlungen:

	Anzahl	Schwangerschaft	Komplikationen/Probleme
Natürlicher Zyklus und Heiminsemination			
Hormon-Vorbehandlung mit anschließender Heiminsemination (z.B. Clomifen oder FSH)			
Hormon-Vorbehandlung mit anschließender Insemination			
In-Vitro-Fertilisation (IVF)			
Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)			
Transfer von eingefrorenen Prä-Embryonen (Kryotransfer)			
Eizellspende (in Deutschland verboten)			

Haben Sie bereits Kinder adoptiert?

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

Zyklusanamnese:

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 Hormonen)? _____

Wie viel Tage dauert die Regelblutung durchschnittlich? _____

Wie ist die Blutungsstärke? (bitte zutreffendes einkreisen)

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)

	Brustspannen/empfindliche Brustwarzen
	Neigung zur Niedergeschlagenheit/Depression/aggressives Verhalten, Stimmungsschwankungen
	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

Wann war Ihre letzte gynäkologische Krebsvorsorge („Abstrich“) beim Frauenarzt?
_____ (Monat/Jahr)

Wurde bei Ihnen schon mal eine Mammographie durchgeführt worden?

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

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?			

Allgemeine 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?

- wenn ja, welche? _____

Sonstige Vorerkrankungen

	ja	nein	Kommentar
Diabetes			
Bluthochdruck			
Thrombosen /Embolien			
Epilepsie			
Kopfschmerzen, Migräne			
psychische Erkrankungen			
Asthma / chron. Bronchitis			
Magen/ Darmerkrankungen			
Lebererkrankung			
Krebserkrankungen			
genetische Erkrankungen			
Muskelerkrankungen			
Schilddrüsenerkrankungen			
Rheuma/Arthritis			
Herzerkrankungen			
anderes			

Operationen:

Voroperationen	Jahr	Krankenhaus	Kommentare
Blinddarmentfernung			
Mandelentfernung			
Bauchspiegelung/Laparoskopie			
Gebärmutter Spiegelung/Hysteroskopie			
Eierstockzystenentfernung			
Brustoperation			
Eileiterdurchgängigkeitsprüfung (OP oder Ultraschall)			
Andere			

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?

Welche Medikamente oder Vitaminpräparate nehmen Sie aktuell?

- keine
- wenn ja, welche?

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

- nein
- wenn ja, mit welchen Stoffen?

Rauchen Sie?

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

Trinken Sie Alkohol?

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

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

Vorerkrankungen in der Familie

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

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

- nein
- wenn ja, aus welchem Anlass?

Vielen Dank, fast geschafft:

Wie sind auf uns aufmerksam geworden?

- Hausarzt
- Urologe
- 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 _____