

## Fragebogen Eizellreserve (Social Freezing / Medical Freezing)

Name, Vorname

E-Mail-Adresse

Geburtsdatum

Beruf

Straße/Hausnr.

Wer ist Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt?

PLZ/Stadt

Tel. privat

Wer ist Ihre Gynäkologin / Ihr Gynäkologe?

Tel. mobil

### Zyklus- und Hormonanalyse

Wie alt waren Sie zu Beginn der monatlichen Blutungen?

Waren Sie bereits schwanger? ja nein

Wenn ja, wann? Geburt/Kaiserschnitt/Fehlgeburt?

Wie häufig treten Ihre monatlichen Blutungen aktuell auf?

ca. alle Tage Wochen Monate

Letzte Krebsvorsorge (Monat/Jahr)

Letzte Mammographie (Monat/Jahr)

Haben Sie die Antibabypille eingenommen?

ja nein

Hatten Sie Unterleibsentzündungen? ja nein

Wenn ja, wann zuletzt? von bis

Wenn ja, wann?

Wie wurden Sie behandelt?

Haben Sie eines der folgenden Symptome bemerkt?

Zunahme der Körperbehaarung ja nein

Verstärkter Haarausfall ja nein

Akne ja nein

Wurden bereits Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche und wann?

**Weitere Anamnese**

Haben Sie **Vorerkrankungen?** ja nein  
 Wenn ja, welche?

Thrombosen/Lungenembolien ja nein  
 Bluthochdruck ja nein  
 Hohe Blutfettwerte ja nein  
 Herz/Kreislauf ja nein  
 Nieren/Leber/Lunge ja nein  
 Diabetes ja nein  
 Infektionen (z. B. Hepatitis, HIV) ja nein  
 Psyche ja nein  
 Andere/Bemerkungen:

Hatten Sie bereits **Operationen?** ja nein  
 Wenn ja, welche/wann?

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? ja nein  
 Wenn ja, welche?

Gewicht:  
 Größe:  
 BMI:

Haben Sie **Allergien?** ja nein  
 Wenn ja, welche?

**Rauchen** Sie? ja nein  
 Wenn ja, wieviel? Zig./Tag

Trinken Sie **Alkohol?** ja nein  
 gelegentlich regelmäßig

Nehmen Sie **Drogen?** ja nein  
 nie selten  
 gelegentlich regelmäßig

Wenn ja, welche Drogen?

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen stationären  
 Krankenhausaufenthalt > 3 Tage? ja nein

Hatten/Haben Sie eine chronische Keimbesiedlung  
 (z. B. MRSA)? ja nein

Gab/gibt es in Ihrer näheren **Familie**  
 Thrombosen/Lungenembolien? ja nein

Bluthochdruck? ja nein

Lebererkrankungen? ja nein

Diabetes? ja nein

Krebserkrankungen? ja nein

Sonstiges