



Fragebogen Kinderwunsch – Frau

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

Name _____ Adresse _____
Vorname _____
Geburtsdatum _____ Telefon _____
Beruf _____ E-Mail _____

Wer ist Ihre Gynäkologin/Ihr Gynäkologe? _____

Sind Sie verheiratet?

☐ Nein ☐ Ja, seit _____ (Jahr) _____ (Monat/Jahr)

Seit wann haben Sie einen Kinderwunsch?

Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?

ca. _____ mal pro Woche / _____ mal pro Monat

Schwangerschaften

Waren Sie bereits schwanger?

☐ Nein ☐ Ja

Falls ja, wann bzw. wie sind die bisherigen Schwangerschaften verlaufen und wie sind diese ausgegangen?

Monat/Jahr	SSW	Spontangeburt	Kaiserschnitt	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiter-schwangerschaft	mit aktuellem Partner	nach Kinderwunschtherapie

SSW = Schwangerschaftswoche

Traten Komplikationen auf?

☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____

Art der Vorbehandlungen

Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?

☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche Behandlungsmethode wurde angewandt und kam es zu einer Schwangerschaft?

Monat/Jahr	Zyklosoptimierung mit Verkehr zum Eisprung	IUI Intrauterine Insemination	IVF In-Vitro-Fertilisation	ICSI Intrazytoplasmatische Spermieninjektion	Kryo-Transfer von tiefgefrorenen Embryonen	Schwangerschaft (ja/nein)

Welche Medikamente haben Sie erhalten? _____

Vorausgegangene IVF- oder ICSI-Behandlungen

Falls Sie bereits mehr als vier IVF- oder ICSI-Behandlungen hatten, geben Sie bitte nachfolgend die letzten vier an.

Monat/Jahr	IVF oder ICSI	Anzahl Eizellen	Anzahl befruchteter Eizellen	Anzahl eingesetzter Embryonen	Anzahl eingefrorener Zellen/Embryonen	Schwangerschaft (ja/nein)

Welche Medikamente haben Sie erhalten? _____

Gab es bei IVF-/ICSI-Therapien Komplikationen?

☐ Nein ☐ Ja, Überstimulationssyndrom ☐ Ja, Blutungen ☐ Sonstige, und zwar: _____

Periode/Hormone

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Periode? Mit _____ Jahren

Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?

☐ Nein ☐ Ja, Pille von _____ bis _____ ☐ Ja, Spirale von _____ bis _____

Haben Sie sich sterilisieren lassen?

☐ Nein ☐ Ja, im Jahr _____

In welchen zeitlichen Abständen kommt Ihre Periode (Abstand 1. Tag der starken Periode bis zum nächsten 1. Tag der Periode)?

☐ Regelmäßig alle _____ bis _____ Tage ☐ Unregelmäßig alle _____ bis _____ Tage

☐ Zurzeit keine Regelblutung seit _____

Wie viele Tage dauert Ihre Periode durchschnittlich? Zwischen _____ und _____ Tage

Wie ist die Blutungsstärke der Periode?

☐ Leicht ☐ Mittel ☐ Stark

Haben Sie Zwischenblutungen?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wann? _____

Haben Sie Schmerzen vor oder während der Periode?

☐ Nein ☐ Leicht ☐ Mittel ☐ Stark

Leiden Sie unter folgenden Symptomen?

☐ Akne ☐ Verstärkter Haarausfall ☐ Zunahme der Körperbehaarung ☐ Sekretaustritt aus der Brust

Gynäkologische Vorgeschichte

Wurde Ihre Eileiterfunktion bereits überprüft?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wann? _____

Mit welcher Methode?

☐ Durchspülung mittels Ultraschall ☐ Bauchspiegelung

Mit welchem Ergebnis?

Eileiter links: ☐ durchgängig ☐ verschlossen Eileiter rechts: ☐ durchgängig ☐ verschlossen

Haben oder hatten Sie eine Eileiterentzündung oder Geschlechtskrankheiten (z. B. Chlamydien)?

☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____

Wann war Ihre letzte gynäkologische Krebsvorsorge? _____ (Jahr)

Wann war Ihre letzte Mammographie? _____ (Jahr)

Allgemeine Vorgeschichte

Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

☐ Schilddrüsenerkrankungen	seit _____ (Jahr)	☐ Nierenerkrankungen	seit _____ (Jahr)
☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)	seit _____ (Jahr)	☐ Lebererkrankungen	seit _____ (Jahr)
☐ Herz-/Kreislaufkrankungen	seit _____ (Jahr)	☐ Krebs	Welcher? _____ seit _____ (Jahr)
☐ Thrombose/Embolie	seit _____ (Jahr)	☐ Seelische Erkrankungen	seit _____ (Jahr)
☐ Blutgerinnungsstörungen	seit _____ (Jahr)	☐ Kopfschmerzen/Migräne	seit _____ (Jahr)
☐ Epilepsie	seit _____ (Jahr)	☐ Erbkrankheiten	seit _____ (Jahr)
☐ Asthma/chron. Bronchitis	seit _____ (Jahr)	☐ Andere	Welche? _____ seit _____ (Jahr)
☐ Magen-/Darmerkrankungen	seit _____ (Jahr)		_____ seit _____ (Jahr)

Nehmen Sie Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche? _____

Wie viel wiegen Sie und wie groß sind Sie?

Gewicht (kg) _____ Größe (cm) _____ BMI _____

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____ im Jahr _____

_____ im Jahr _____

_____ im Jahr _____

Haben Sie Allergien (z. B. auf Medikamente, Antibiotika etc.)?

☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____

Trinken Sie Alkohol?

☐ Nie ☐ Selten ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig

Rauchen Sie?

☐ Nein ☐ Ja _____ Zigaretten/Tag

Konsumieren Sie weitere Substanzen (Drogen oder Dopingmittel)?

☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____

Gibt es in Ihrer Familie schwerwiegende Erkrankungen (z. B. Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, ungewollte Kinderlosigkeit)?

☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____

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

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, warum? _____

Haben oder hatten Sie eine chronische Keimbesiedlung (z. B. MRSA)?

☐ Nein ☐ Ja

Bemerkungen
