



**Frau**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
Straße / Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Partner**

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
geboren am: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_  
Straße / Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ / Ort: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Handy: \_\_\_\_\_  
E-Mail: \_\_\_\_\_

**Sind Sie nach deutschem Recht miteinander verheiratet?**  ja  nein

**Wenn nein: Sind Sie mit einem anderen Partner verheiratet?**  ja  nein

**Bei gleichgeschlechtlichem Paar** verheiratet  ja  nein

**Krankenversicherung:**

**Frau:**  gesetzlich  privat  selbstständig  Beihilfe  Bundeswehr

**Mann:**  gesetzlich  privat  selbstständig  Beihilfe  Bundeswehr

**Dürfen wir Sie unter Ihrer Telefonnummer zurückrufen?**  ja  nein

**Dürfen wir eine Nachricht auf Ihrem Anrufbeantworter / Mailbox hinterlassen?**  ja  nein

**Dürfen wir Ihnen Dokumente/Befunde per E-Mail zusenden?**  ja  nein

**Kommen Sie wegen einer Kinderwunschbehandlung in unsere Praxis?**  ja  nein

Wenn nein, geben Sie stichwortartig den Grund an:  
\_\_\_\_\_

**Seit wann wünschen Sie sich ein Kind?** Kalendermonat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Seit wann betreiben Sie keinen Empfängnisschutz mehr?** Kalendermonat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Wer ist Ihr(e) behandelnde(r) Frauenarzt/Frauenärztin?**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_

StraÙe / Nr.: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

Dürfen wir Ihre/n Ärztin/Arzt über die Behandlung in unserem Hause informieren?  ja  nein

Dürfen wir Ihre/n Partnerin/Partner über Ihre Befunde informieren?  ja  nein



**Gynäkologische Vorgeschichte**

**Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung?** \_\_\_\_\_ Jahre

**Ist Ihr Zyklus regelmäßig?**  ja  nein

**Wie viele Tage liegen durchschnittlich zwischen dem 1. Tag der Regelblutung und dem 1. Tag der darauffolgenden Regelblutung?** \_\_\_\_\_ Tage

**Wie viele Tage dauert die Regelblutung durchschnittlich?** \_\_\_\_\_ Tage

**Haben Sie während der Regelblutung Schmerzen / Beschwerden?**  ja  nein

**Müssen Sie Schmerzmittel vor oder während der Blutung nehmen?**  ja  nein

**Wann war der erste Tag der letzten Regelblutung?** \_\_\_\_\_ Datum

**Wann war die letzte Routinevorsorge beim Frauenarzt?** Monat \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Haben Sie die Antibabypille eingenommen?**  ja  nein

Wenn ja, von wann bis wann? \_\_\_\_\_

**Ist jemals eine Spirale gelegt worden?**  ja  nein

**Gab es dabei Komplikationen?**  ja  nein

**Ist bei Ihnen jemals eine Entzündung des Unterleibs behandelt worden?**  ja  nein

<b>Waren Sie schon einmal schwanger?</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
<b>Monat / Jahr der Zeugung</b>	/	/	/	/	/
<b>schwanger geworden:</b>					
auf natürlichem Weg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit medizinischer Hilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>mit wem?</b>					
jetziger Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
früherer Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Schwangerschaftsausgang:</b>					
Geburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
termingerecht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frühgeburt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fehlgeburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abbruch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eileiterschwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Geburtsverlauf:</b>					
normale Geburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaiserschnitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Sind bei Ihnen Störungen der Blutgerinnung bekannt?**  ja  nein

**Ist jemals eine Thrombose aufgetreten?**  ja  nein

**Wurde jemals eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) diagnostiziert?**  ja  nein

**Hatten Sie andere Erkrankungen? (Hepatitis, Krebs, HIV etc.)**  ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Sind Allergien bekannt?**

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

ja  nein

**Haben Sie Alkohol-/Drogenprobleme oder Medikamentenabhängigkeiten?**

ja  nein

**Wurden Sie schon einmal operiert?**

ja  nein

Operation                      Wann                      Warum                      Von wem / Wo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wurden bei Ihnen genetische Untersuchungen durchgeführt?**

ja  nein

**Medikamenteneinnahme in den letzten sechs Monaten?**

keine

Name des Medikaments                      Dosis                      Warum                      Seit wann

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Folsäure ein?**

ja  nein

**Welchen Beruf üben Sie aus?** \_\_\_\_\_

**Sind Sie durch Ihre berufliche Tätigkeit häufigen Reisen  
oder gesundheitsschädlichen Substanzen ausgesetzt?**

ja  nein

**Sind in Ihrer Familie schwerer Erkrankungen bekannt?**

(Thrombosen, Diabetes, Krebs oder vererbare Erkrankungen)

ja  nein

**Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie Ihr derzeitiges Gewicht und die Körpergröße an!**

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Größe: \_\_\_\_\_ cm

**Haben Sie in der letzten Zeit körperliche Veränderungen bemerkt?**

ja  nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Gibt es schon Hormonbestimmungen?**

ja  nein

**Ist bereits eine Bauchspiegelung (Laparoskopie) durchgeführt worden?**

ja  nein

Monat / Jahr                      Durch wen?                      Eileiter durchgängig?                      Endometriose?

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                       ja  nein, Verschluss  links  rechts                       ja  nein

**Ist bereits eine Ultraschallprüfung der Eileiter mit Kontrastmittel durchgeführt worden?**

Monat / Jahr                      Durch wen?                      Eileiter durchgängig?

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_                      \_\_\_\_\_                       ja  nein, Verschluss  links  rechts

**Ist Ihre Blutgruppe bekannt?**

ja  nein

**Wurden Sie gegen Röteln geimpft (in Regel 2 mal)?**

ja  nein



**Wurden bisher Kinderwunsch-Therapien durchgeführt?**

ja  nein

**Insemination, IVF, ICSI, Kryozyklus, Zyklusüberwachung**

Therapieform

Monat / Jahr

Welche Medikamente?

Von wem behandelt?

Schwanger?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ja  nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ja  nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ja  nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ja  nein

**Wie oft haben Sie Geschlechtsverkehr? \_\_\_\_\_ pro Monat \_\_\_\_\_ pro Woche**

**Haben Sie zum Zeitpunkt des Eisprungs der Partnerin die Möglichkeit zum Geschlechtsverkehr?**

ja  nein

**Gibt es Probleme bei der Libido oder der Orgasmusfähigkeit?**

ja  nein

**Haben Sie Störungen bei Erektion und/oder der Ejakulation bemerkt?**

ja  nein



**Diagnostik des Mannes**

**Bestand oder besteht ein Hodenhochstand, ein Hodentumor, eine Infektion des Hodens oder des Nebenhodens ?**

ja  nein

**Rauchen Sie?**

ja  nein

**Gab oder gibt es Alkoholprobleme?**

ja  nein

**Leiden Sie an anderen chronischen Erkrankungen z. B. Hepatitis, HIV, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, Bluthochdruck?**

ja  nein

**Welche operativen Eingriffe hatten Sie?**

ja  nein

**Wurde bei Ihnen eine genetische Untersuchung durchgeführt?**

ja  nein

**Medikamenteneinnahme in den letzten sechs Monaten?**

keine

Name des Medikaments

Dosis

Warum

Seit wann?

\_\_\_\_\_

**Bitte geben Sie Ihr derzeitiges Gewicht und die Körpergröße an!**

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg      Größe: \_\_\_\_\_ cm

**Haben Sie schon einmal mit einer anderen Partnerin ein Kind gezeugt?**

ja  nein

**Wenn ja: Ausgang der Schwangerschaft und Anzahl der Kinder**

Jahr: \_\_\_\_\_ Ausgang: \_\_\_\_\_      Jahr: \_\_\_\_\_ Ausgang: \_\_\_\_\_      Jahr: \_\_\_\_\_ Ausgang: \_\_\_\_\_

**Wurde Ihr Sperma bereits untersucht?**

ja  nein

Monat / Jahr

Durch wen?

Ergebnis?

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Haben Sie sich sterilisieren lassen?**

ja  nein

**Sind in Ihrer Familie schwere Erkrankungen bekannt?**

(Thrombosen, Diabetes, Krebs oder vererbare Erkrankungen)

ja  nein

**Wenn ja, welche?** \_\_\_\_\_

**Derzeitig ausgeübter Beruf** \_\_\_\_\_

**Sind Sie durch Ihre berufliche Tätigkeit häufigen Reisen oder gesundheitsschädlichen Substanzen ausgesetzt?**

ja  nein

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Empfehlung durch Frauenarzt

Empfehlung durch Bekannte

Internet

Sonstiges \_\_\_\_\_

Ort

Datum

Unterschrift Frau

Unterschrift Mann