



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

Datum Erstgespräch: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_ Überweiser: \_\_\_\_\_

Name:	_____
Vorname:	_____
Adresse: Straße:	_____
PLZ, Wohnort	_____
Telefon:	_____
Handy:	_____
E-Mail-Adresse:	_____
Krankenkasse:	_____
Name Partner:	_____

<sup>1</sup> **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsname:** \_\_\_\_\_  
**Geburtsort:** \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> **Sind Sie miteinander verheiratet?**  ja  nein

<sup>3</sup> **Wie sind Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?**  
 Gewicht (Kilo): \_\_\_\_\_ Größe (cm): \_\_\_\_\_  
**Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?**  
 nein  ja, mit Zunahme  ja, mit Abnahme

<sup>4</sup> **Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden?**  nein ( seit ) Jahr

- Diabetes (Zuckerkrankheit) \_\_\_\_\_
- insulinpflichtig?  ja  nein
- Epilepsie \_\_\_\_\_
- Unterleibsschmerzen \_\_\_\_\_
- Asthma / chron. Bronchitis \_\_\_\_\_
- Magen-/ Darmerkrankung \_\_\_\_\_
- Nierenerkrankung \_\_\_\_\_
- Nebennierenerkrankung \_\_\_\_\_
- Lebererkrankung \_\_\_\_\_
- Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßkrankung \_\_\_\_\_
- Krebs / andere Tumore \_\_\_\_\_
- welche? \_\_\_\_\_
- Migräne \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

nein  ja (welche?)

**Haben Sie Allergien?**

nein  ja (welche?)

<sup>5</sup> **Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft?**

nein  ja (wann?)

**- falls ja, mit welcher Methode?**

Ultraschall  Röntgen  Bauchspiegelung

**- mit welchem Ergebnis?**

Eileiter links:  durchgängig  verschlossen

Eileiter rechts:  durchgängig  verschlossen

**Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?**

nein  ja (welche?) **Jahr** \_\_\_\_\_

<sup>6</sup> **Seit wann haben Sie Kinderwunsch?**

\_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

<sup>7</sup> **Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?**

nein  ja, seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Samenübertragung - mit Samen des Partners	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Samenübertragung - mit Spendersamen	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung (IVF)	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

<sup>8</sup> **Haben Sie regelmäßig Sexualverkehr?**

ja  nein



**9 Waren Sie bereits schwanger?**

nein  ja

**- falls ja, Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft?**

Monate

Jahr	Geburt (G)? Fehlgeburt (F)? Abbruch (A)?	Mit jetzigem Partner?	Nach Kinderwunsch- behandlung?
.....	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Traten Komplikationen auf?**  nein  ja

**10 Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?**

**Pille:**  nein  ja: von ..... bis .....

**Spirale:**  nein  ja: von ..... bis .....

**Haben Sie sich sterilisieren lassen?**

nein  ja (wann?) .....

**11 Datum der letzten Regel?** .....

**Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauf folgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?**

regelmäßig zwischen ..... und ..... Tagen

unregelmäßig zwischen ..... und ..... Tagen

zur Zeit keine Regelblutung  
seit .....  Tagen  Wochen  Monaten

**12 Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt?**

- zwischen ..... und ..... Tagen

**Wie ist die Blutungsstärke der Regel?**

leicht  mittel  stark

**Haben Sie Zwischenblutungen?**  nein  ja

**- oder Schmierblutungen**  ja, vorher  
**vor bzw. nach der Regel?**  nein  ja, nachher

**13 Haben Sie Schmerzen während der Periode?**

nein  leicht  mittel  stark

**Wie häufig?**  selten  geleg.  immer

**Einnahme von Schmerztabletten**  nein  ja

**14 Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?**

nein  ja (wann?) .....

**- mit welchem Ergebnis?**

unbekannt  ohne Befund  auffällig

**- falls auffällig, mit welchem Befund?**

**Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?**

nein  ja (welche?)

**15 Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?**

- nein  Schichtarbeit
- Lärm  fehlendes Tageslicht
- Stäube  schwere körp. Belastung
- Chemikalien  Gase/Aerosole

**16 Trinken Sie Alkohol?**

nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

**Rauchen Sie?**

nein  1-5 Zig./Tag

6-10 Zig./Tag  11-15 Zig./Tag

16-20 Zig./Tag  mehr als 20 (Anzahl?) .....

**17 Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, gehäufte Fehlgeburten, Totgeburten, Thrombosen, Embolien, Diabetes, oder ungewollte Kinderlosigkeit?**

nein

ja, (welche?)

**18 Welcher Tätigkeit gehen sie nach?**

**19 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?**

(Name und Adresse)

**Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?**

(Name und Adresse)

**20 Von wem wurden wir empfohlen?**

**21 Waren Sie in den letzten 12 Monaten im außereuropäischen Ausland**

nein  ja

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch auch Ihren **Personalausweis** oder **Reisepass** mit.  
Besten Dank.