

## FRAGEBOGEN FÜR DIE FRAU

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Straße/Nr.:
PLZ/Wohnort:
Telefon Festnetz:
Telefon Handy:
E-Mail-Adresse:
Name/Geburtsdatum des Partners:
Sind Sie miteinander verheiratet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Sind Sie blutsverwandt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Seit wann besteht die Ehe / Partnerschaft?
Hausarzt (Name, Ort):
Gynäkologe (Name, Ort):

Seit wann besteht der unerfüllte Kinderwunsch?																
Ist bereits früher eine Schwangerschaft eingetreten?																
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Monat/ Jahr</th> <th>Geburt Fehlgeburt (SSW) Abbruch (SSW)</th> <th>Nach Kinderwunsch- Behandlung?</th> <th>Mit jetzigem Partner?</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	Monat/ Jahr	Geburt Fehlgeburt (SSW) Abbruch (SSW)	Nach Kinderwunsch- Behandlung?	Mit jetzigem Partner?												
Monat/ Jahr	Geburt Fehlgeburt (SSW) Abbruch (SSW)	Nach Kinderwunsch- Behandlung?	Mit jetzigem Partner?													
Schwangerschaftskomplikationen?																

Vorbehandlungen: ( <i>bitte Protokolle mitbringen</i> ) <input type="radio"/> Zyklusmonitoring / VZO, Anzahl: _____ <input type="radio"/> Insemination im Spontanzklus, Anzahl: _____ <input type="radio"/> Insemination mit Stimulation, Anzahl: _____ <input type="radio"/> IVF-Behandlung, Anzahl: _____ <input type="radio"/> ICSI-Behandlung, Anzahl: _____ Besonderes:
Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm
Rauchen Sie? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> 1-5 Zig./Tag <input type="radio"/> 6-10 Zig./Tag <input type="radio"/> 11-15 Zig./Tag <input type="radio"/> 16-20 Zig./Tag <input type="radio"/> mehr als 20 Zig./Tag
Beruf: Besondere gesundheitliche Belastungen:
Bekannte Allergien aus dem med. Bereich: <input type="radio"/> Latex <input type="radio"/> Penicillin <input type="radio"/> Andere:
Blutgruppe: <input type="radio"/> Unbekannt
Sind Sie gegen Röteln geimpft? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Windpocken geimpft? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <i>Impfpass bitte mitbringen!</i>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Vitamine oder Hormone ein? <input type="radio"/> Folsäure <input type="radio"/> Metformin <input type="radio"/> Andere Medikamente:
<b>BITTE WENDEN!</b>

Wann war die letzte Krebsvorsorge bei Ihrem Frauenarzt?
Datum der letzten Blutung:
Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Blutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Blutung (Zyklusdauer)? <input type="radio"/> regelmäßig, zwischen ____ und ____ Tage <input type="radio"/> unregelmäßig, zwischen ____ und ____ Tage <input type="radio"/> zur Zeit keine Blutung seit:
Wie viele Tage dauert im Durchschnitt die Blutung selbst? ____ Tage
Wie ist die Blutungsstärke? <input type="radio"/> leicht <input type="radio"/> mittel <input type="radio"/> stark
Zwischenblutungen: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Schmierblutungen vor der Regel: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Haben Sie Schmerzen während der Blutung? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Leicht <input type="radio"/> Mittel <input type="radio"/> Stark Nehmen Sie Schmerzmittel? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Bisherige Verhütungsmaßnahmen: <input type="radio"/> Pille von ____ bis ____ <input type="radio"/> Spirale von ____ bis ____ <input type="radio"/> Eileiterdurchtrennung _____ (Jahr) <input type="radio"/> Andere:
Haben Sie die folgenden körperlichen Veränderungen bemerkt? Milchabgang aus der Brust: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Vermehrte Körperbehaarung: <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Unreine Haut (Akne): <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Gibt es gynäkologische Erkrankungen in der Vorgeschichte? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Endometriose <input type="radio"/> Chlamydieninfektion <input type="radio"/> Andere:

Gibt es gynäkologische Operationen in der Vorgeschichte? <input type="radio"/> Gebärmutter Spiegelung _____ (Jahr) <input type="radio"/> Bauchspiegelung _____ (Jahr) <input type="radio"/> Eileiterdurchgängigkeitsprüfung, Ergebnis: _____ <input type="radio"/> Andere OPs:
Allgemeine Vorerkrankungen bei Ihnen: <input type="radio"/> Diabetes mellitus  <input type="radio"/> Herz/Kreislauf/Gefäß-Erkrankungen: _____ <input type="radio"/> Epilepsie / psychische Erkrankungen: _____ <input type="radio"/> Erkrankung der Nieren / Leber / Lunge: _____ <input type="radio"/> Tumorerkrankungen: _____ <input type="radio"/> Erbkrankheiten: _____ <input type="radio"/> Andere: _____
Allgemeine Vorerkrankungen in der Familie: <input type="radio"/> Diabetes mellitus <input type="radio"/> Thrombose <input type="radio"/> Embolie <input type="radio"/> Herzinfarkt <input type="radio"/> Schlaganfall <input type="radio"/> Krebserkrankung <input type="radio"/> ungewollte Kinderlosigkeit <input type="radio"/> Erbkrankheit
Sonstige Anmerkungen:

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

Datum: erstellt/von 27.05.2019 Sandra Graf	Datum: geprüft/von 13.04.2022 PD Dr. med. Andreas Schüring	Datum Freigabe/von PL 13.04.2022 PD Dr. med. Andreas Schüring	Dokumentenpfad: C:\Users\Christian\AppData\Local\Microsoft\Windows\I NetCache\Content.Outlook\2327ACWH\Fragebogen Frau.doc
--	---	--	---