



Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus und senden ihn noch vor dem Erstgespräch an uns zurück.

Bitte bringen Sie zum Termin in unserer Praxis Ihren Personalausweis/Pass sowie (falls vorhanden) Ihren Impfausweis und Blutgruppen-Nachweis mit.

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Strasse:	PLZ/Ort:
Krankenkasse:	Beruf:
Telefonnr.:	Mobil-Nr.:
E-Mail:	
Größe:	Gewicht:
Wer ist Ihr/-e behandelnde/-r Frauenarzt/-ärztin?	
Wer ist Ihr/-e behandelnde/-r Hausarzt/-ärztin?	
Sind Sie gesund?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
-wenn nein, an welchen Erkrankungen leiden Sie?	Bemerkungen:
<input type="radio"/> Diabetes (Zuckerkrankheit)	
<input type="radio"/> Epilepsie (Anfallsleiden)	
<input type="radio"/> Asthma/chronische Bronchitis	
<input type="radio"/> Magen-/Darmerkrankung	
<input type="radio"/> Nierenerkrankung	
<input type="radio"/> Nebennierenerkrankung	
<input type="radio"/> Lebererkrankung	
<input type="radio"/> Herz/Kreislaufkrankungen	
<input type="radio"/> Thrombosen	
<input type="radio"/> Krebs/ andere Tumorerkrankungen	
<input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung	
<input type="radio"/> Andere Erkrankungen (Welche)?	
Wurde bei Ihnen schon eine genetische Untersuchung (Chromosomenanalyse) durchgeführt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welches Ergebnis): <input type="radio"/> auffällig <input type="radio"/> unauffällig
Wurde bei der genetischen Untersuchung auch ein spezieller Test des CFTR-Gens auf zystische Fibrose (Mukoviszidose) durchgeführt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welches Ergebnis): <input type="radio"/> auffällig <input type="radio"/> unauffällig
Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (Welche/Wann)?
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welche):



Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft? -wenn ja, mit welcher Methode?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (Wann?): _____		
-wenn ja, mit welchem Ergebnis?	Eileiter rechts:	<input type="radio"/> durchgängig <input type="radio"/> verschlossen	
	Eileiter links:	<input type="radio"/> durchgängig <input type="radio"/> verschlossen	
Haben Sie Allergien?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welche):		
Haben Sie speziell eine Allergie gegen Antibiotika?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welches):		
Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches schon in ärztlicher Behandlung?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja -falls ja, welche Behandlungen wurden durchgeführt?		
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Anzahl: _____	
Stimulation der Eierstöcke mit Tabletten (Clomifen)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Anzahl: _____	
Stimulation der Eierstöcke mit Spritzen	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Anzahl: _____	
Insemination	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Anzahl: _____	
IVF-Behandlung	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Anzahl: _____	
ICSI-Behandlung	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Anzahl: _____	
Auftau-Zyklus (Kryo-Transfer)	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja	Anzahl: _____	
Schicken Sie uns bitte alle Befunde der vorausgegangenen Untersuchungen und Protokolle der Behandlungen mit			
Seit wann haben Sie ungeschützten Verkehr?	Monat _____ Jahr _____		
Sind Sie miteinander verheiratet?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (seit wann?) _____		
Waren Sie bereits schwanger?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		
Davon Geburten (G) / Fehlgeburten (F) / Abbrüche (A)	Jahr	Ausgang	mit jetzigem Partner?
		O G O F O	O
		O G O F O	O
		O G O F O	O
Rauchen Sie?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wie viele Zig./Tag):		
Trinken Sie Alkohol?	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig		
Reiseanamnese: Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monaten im Ausland (insb. in Zika-; Malaria- Virusgebieten o.ä.)? Hatten Sie Beschwerden? Unklares Fieber? Durchfall? Hautausschläge? Juckreiz?	Wann? _____ Wo? _____ <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		
In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?	Mit _____ Jahren <input type="radio"/> noch nie eine Blutung bekommen		
Ist Ihre Periode momentan regelmäßig?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> keine Blutung mehr seit _____		
Wie stark ist Ihre Regelblutung?	<input type="radio"/> schwach <input type="radio"/> mäßig <input type="radio"/> stark		
Haben Sie Schmerzen während der Blutung?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		
Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauf folgenden Regelblutung?	<input type="radio"/> regelmäßig zwischen _____ und _____ Tagen <input type="radio"/> unregelmäßig zwischen _____ und _____ Tagen <input type="radio"/> zur Zeit keine Regel seit _____ Wochen/Monaten		
Haben Sie Empfängnischutz betrieben?	Pille: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (von-bis) _____ Spirale: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (von-bis) _____		
Haben Sie sich sterilisieren lassen?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wann): _____		

Vielen Dank