



**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.**

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsname:</b>
<b>Geburtsland:</b>	<b>Geburtsort</b>
<b>Straße:</b>	<b>PLZ/Ort:</b>
<b>Krankenkasse:</b>	<b>Beruf:</b>
<b>Telefonnr.:</b>	<b>Mobil-Nr.:</b>
<b>E-Mail:</b>	
<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>
<b>Sind Sie miteinander verheiratet?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (seit wann?) _____
<b>Wer ist Ihr/-e behandelnde/-r Frauenarzt/-ärztin?</b>	
<b>Wer ist Ihr/-e behandelnde/-r Hausarzt/-ärztin?</b>	
<b>Sind Sie gesund?</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
-wenn nein, an welchen Erkrankungen leiden Sie?	<b>Bemerkungen:</b>
<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)?	
<b>Wurde bei Ihnen schon eine genetische Untersuchung (Chromosomenanalyse) durchgeführt?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welches Ergebnis): <input type="radio"/> auffällig <input type="radio"/> unauffällig
<b>Wurde bei der genetischen Untersuchung auch ein spezieller Test des CFTR-Gens auf zystische Fibrose (Mukoviszidose) durchgeführt?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welches Ergebnis): <input type="radio"/> auffällig <input type="radio"/> unauffällig
<b>Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (Welche/Wann)?
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welche):



<b>Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft?</b> -wenn ja, mit welcher Methode?	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (Wann?): _____ <input type="radio"/> Ultraschall <input type="radio"/> Röntgen <input type="radio"/> Bauchspiegelung		
-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	
<b>Haben Sie Allergien?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welche):		
<b>Haben Sie speziell eine Allergie gegen Antibiotika?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welches):		
<b>Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches schon in ärztlicher Behandlung?</b>	<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: _____	
<b>Schicken Sie uns bitte alle Befunde der vorausgegangenen Untersuchungen und Protokolle der Behandlungen mit</b>			
<b>Seit wann haben Sie ungeschützten Verkehr?</b>	Monat _____ Jahr _____		
<b>Waren Sie bereits schwanger?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		
Davon Geburten (G) / Fehlgeburten (F) / Abbrüche (A)	Jahr	Ausgang	mit jetzigem Partner?
		OG OF OA	<input type="radio"/>
		OG OF OA	<input type="radio"/>
		OG OF OA	<input type="radio"/>
<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wie viele Zig./Tag):		
<b>Trinken Sie Alkohol?</b>	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig		
<b>Reiseanamnese:</b> 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		
<b>In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?</b>	Mit _____ Jahren <input type="radio"/> noch nie eine Blutung bekommen		
<b>Ist Ihre Periode momentan regelmäßig?</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> keine Blutung mehr seit _____		
<b>Wie stark ist Ihre Regelblutung?</b>	<input type="radio"/> schwach <input type="radio"/> mäßig <input type="radio"/> stark		
<b>Haben Sie Schmerzen während der Blutung?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja		
<b>Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauf folgenden Regelblutung?</b> Datum letzte 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		
<b>Haben Sie Empfängnisschutz betrieben?</b>	Pille: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (von-bis) _____ Spirale: <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (von-bis) _____		
<b>Haben Sie sich sterilisieren lassen?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wann): _____		

**Vielen Dank!**