



Fragebogen für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch

I. Patientin

Datum: _____

1.	Vorname:	Nachname:
2.	Geburtsdatum: Alter:	Beruf:
3.	Allergien:	
4.	Seit wann haben Sie Kinderwunsch?	
5.	Sind Sie mit Ihrem Partner verheiratet?	Nein Ja seit:
6.	Wie groß und wie schwer sind Sie?	Größe: Gewicht:
7.	Wann trat Ihre erste Periode auf?	Alter:
8.	In welchem Abstand tritt Ihre Periode auf?	von Tagen bis Tagen
9.	Wie viele Tage hält sie an?	
10.	Haben Sie Schmerzen bei der Blutung?	Ja : Nein
11.	Wie stark ist Ihre Blutung?	normal schwach stark verlängert
12.	Wie oft haben Sie Geschlechtsverkehr? x pro Woche x pro Monat
13.	Haben Sie eine Anti-Baby-Pille eingenommen? Wenn ja, welche und bis wann?	Ja von bis Nein
14.	Haben Sie eine Spirale getragen? Wenn ja, von - bis, und wie haben Sie die getragen?	Ja von bis Nein
15.	Waren Sie schon einmal schwanger? Wenn ja, wann?	Nein Ja Jahr
16.	Wie viele Kinder haben Sie geboren, wann und wie?	
17.	Haben Sie Kinder mit einem anderen Partner?	
18.	Haben Sie einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen? Wenn ja, wann?	Nein Ja
19.	Hatten Sie schon eine Fehlgeburt? Wenn ja, wann und in welchem Monat?	Nein Ja
20.	Hatten Sie eine Eileiterschwangerschaft? Wenn ja, wann und auf welcher Seite?	Ja rechts oder links Nein
21.	Wurden Sie bereits einmal am Unterleib operiert? An anderen Organen?	Wie oft? Wo? Woran?
22.	Hatten Sie bereits eine Entzündung an den Eierstöcken, oder im Unterbauch? Wenn ja, welche?	Ja Wann? In welcher Form? Nein

23.	Wurde bei Ihnen bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt? Wenn ja, wo, in welcher Form und wie oft?	Ja Wo? Was? Wie oft?	Nein
24.	Erfolgte bereits eine Hormonbehandlung?	Ja, mit Clomifen-Tabl. Nein	ja, mit Spritzen
25.	Sind die Eileiter auf Durchgängigkeit überprüft worden? Wenn ja, wie und welches Ergebnis?	Ja, mit Ultraschall ja, mit OP Nein	ja, mit Röntgen wann?
26.	Bestehen andere allgem. Erkrankungen? z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen oder ähnliches?		
27.	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		
28.	Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten tgl.	Nein	Ja
29.	Trinken Sie Alkohol?	nie	gelegentlich oft

II. Partner

1.	Name	
2.	Geburtsdatum	
3.	Beruf	
4.	Seit wann besteht bei Ihnen Kinderwunsch?	
5.	Wie groß und wie schwer sind Sie?	Größe: Gewicht:
6.	Hatten Sie oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?: Mumps, Entzündungen der Prostata, Leberschaden, Zuckererkrankung, Bluthochdruck, Tuberkulose.	Wenn ja, welche? Nein
7.	Hatten Sie einmal Geschlechtskrankheit?	Wenn ja, welche und wann? Nein
8.	Hatten Sie früher Hodenhochstand, Leistenbruch, Vorhautverengung oder Hodenkrampfader?	Nein Ja
9.	Wurde bei Ihnen bereits ein Spermogramm durchgeführt?	Wenn ja, wann? Wo? Ergebnis? Nein
10.	Wurden Sie bereits operiert? Wenn ja, was und wann?	Nein : Ja:
11.	Bestehen andere allgem. Erkrankung? z.B. Bluthochdruck, Diabetes?	
12.	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	Wenn ja, welche? Nein
13.	Haben Sie bereits Kinder mit einer anderen Partnerin? Wenn ja, wie viele und wann geboren?	Nein Ja
14.	Trinken Sie Alkohol?	nie gelegentlich oft
15.	Rauchen Sie?	Ja, wie viele nein