

Fragebogen für Paare mit Kinderwunsch*

Fragen an die Frau:

Name:		Alter:		Jahre
Familienstand:		Größe:		cm
Kinderwunsch seit:		Gewicht:		kg

Hatten Sie eine Vorbehandlung wegen Kinderwunsches? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
wenn „ja“, welche Behandlung?	Wann?	Wo?	Wie oft?
Hormonbehandlung (z.B. Clomifen oder Hormonspritzen)			
Insemination			
IVF			
ICSI			

Schwangerschaften?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wann (Jahr)?	Schwangerschaftswoche	Mit jetzigem Partner?
<input type="checkbox"/> normale Geburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Fehlgeburt <input type="checkbox"/> Abbruch				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> normale Geburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Fehlgeburt <input type="checkbox"/> Abbruch				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> normale Geburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Fehlgeburt <input type="checkbox"/> Abbruch				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> normale Geburt <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/> Fehlgeburt <input type="checkbox"/> Abbruch				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Eileiterschwangerschaft <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> Eileiterschwangerschaft <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wurde bei Ihnen bereits eine Eileiterüberprüfung durchgeführt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn „ja“,	Wann?	Wo?	
Ergebnis:	<input type="checkbox"/> Beide Eileiter offen	<input type="checkbox"/> Beide verschlossen	<input type="checkbox"/> Rechts verschlossen <input type="checkbox"/> Links verschlossen

Hatten Sie sonstige Operationen im Bauchraum? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn „ja“,	Wann?:	Wo?	
Eingriff(e):	<input type="checkbox"/> Bauchspiegelung	<input type="checkbox"/> Bauchschnitt	<input type="checkbox"/> Sterilisation <input type="checkbox"/> Refertilisierung
	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Wurde bei Ihnen Endometriose festgestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn „ja“,	Wann?:	Wo?:	

Wurden bei Ihnen bereits Unterleibsentzündungen behandelt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn „ja“,	Wann?:	Wo?:	

Haben Sie behandlungsbedürftige Krankheiten ? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Epilepsie	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Wenn „ja“, welche?			

Wann trat Ihre Menstruation erstmals auf?		Im Alter von _____ Jahren	
In welchem Abstand tritt sie auf? _____ Tage		Wie viele Tage dauert sie an? _____ Tage	
Ist die Blutung	<input type="checkbox"/> normal?	<input type="checkbox"/> schmerzhaft?	<input type="checkbox"/> schwach? <input type="checkbox"/> stark? <input type="checkbox"/> verlängert?

Wie oft haben Sie **Geschlechtsverkehr** im Monat ? _____ mal

Haben Sie die **Anti-Baby-Pille** eingenommen? ja nein

Wenn „ja“, wann? Welches Präparat? _____

Haben Sie eine **Spirale** getragen? ja nein

Wenn „ja“, wann? Welcher Typ? _____

Rauchen Sie? Wenn „ja“, wie viele Zigaretten täglich? nein ja _____ Zigaretten/Tag

Alkoholgenuss? nie gelegentlich oft regelmäßig

Fragen an den Mann:

Name:	_____	Alter:	_____ Jahre
Familienstand:	_____	Größe:	_____ cm
Kinderwunsch seit:	_____	Gewicht:	_____ kg

Wurden Sie bereits **urologisch** untersucht? ja nein

Wenn „ja“, in welcher Praxis und wann ? Praxis: _____ Jahr : _____

Wurde bereits ein **Spermiogramm** durchgeführt? ja nein

Wenn „ja“, wann und mit welchem Ergebnis ? normal eingeschränkt zeugungsunfähig

Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen ?	<input type="checkbox"/> Mumps / Masern	<input type="checkbox"/> Entzündungen der Prostata
<input type="checkbox"/> Sonstiges:	<input type="checkbox"/> Leberschaden	<input type="checkbox"/> Diabetes
	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Tuberkulose

Frühere Operationen wegen einer der folgenden Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> Hodenhochstand (_____)	<input type="checkbox"/> Leistenbruch (_____)
	<input type="checkbox"/> Vorhautverengung (_____)	<input type="checkbox"/> Hodenkrampfadern (_____)
	<input type="checkbox"/> Sterilisation (_____)	<input type="checkbox"/> Refertilisation (_____)
Wenn „ja“, wann ?	_____	
Sonstige Operationen:	_____	

Bestanden bei Ihnen **Geschlechtskrankheiten**? ja nein

Wenn „ja“, wann und welche? _____

Bestehen behandlungsbedürftige **Krankheiten**? ja nein

Wenn „ja“, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? ja nein

Wenn „ja“, welche ? _____

Haben Sie **bereits Kinder** mit einer anderen Partnerin? ja nein

Wenn „ja“, wie viele? Wie alt sind sie? _____

Rauchen Sie? Wenn „ja“, wie viele Zigaretten täglich? nein ja _____ Zigaretten/Tag

Alkoholgenuss ? nie gelegentlich oft regelmäßig