

## Persönliche Daten (Frau)

Name  Vorname  Geburtsdatum

Größe in cm  Gewicht in kg  Kinderwunsch seit (Monat/Jahr)

Beruf

## Periode

Datum des ersten Tages der letzten Monatsblutung  Erhielten Sie Hormonmedikamente vor der letzten Blutung?  Ja  Nein In welchem Alter trat die erste Periodenblutung auf?

In welchen zeitlichen Abständen kommt die Blutung?  Wie lange dauert die Blutung normalerweise in Tagen?  Wie stark ist die Blutung?  schwach  normal  stark

Haben Sie Schmerzen vor oder während der Blutung?  gering  mäßig  stark Einnahme der Pille von  bis  Name der Pille

## Vorgeschichte

Haben Sie vermehrte Körper- und Gesichtsbehaarung?  nein  ja  
 Leiden Sie unter Akne, Haarausfall oder haben Milchfluss?  nein  ja  
 Haben oder hatten Sie eine Eileiterentzündung?  nein  ja  
 Sind Sie sterilisiert?  nein  ja  
 Haben oder hatten Sie eine Geschlechtskrankheit?  nein  ja  
 Leiden Sie unter Endometriose?  nein  ja  
 Haben oder hatten Sie eine Brustkrankung?  nein  ja  
 Wurden Untersuchungen der Eileiter durchgeführt?  nein  ja  
 Wenn ja, welche?  Bauchspiegelung  Eileiterultraschall

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?

## Schwangerschaften

Waren Sie schon mal schwanger?  nein  ja  
 Wenn ja, wann und wie sind die Schwangerschaften verlaufen bzw. endeten in welcher SSW.\*

MM/JJ	SSW	Eileiterschw.	Fehlgeburt	Abbruch	Spontangeburt	Kaiserschnitt	Todgeburt	selber Partner
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

## Kinderwunschbehandlungen

Hatten Sie schon eine Kinderwunschbehandlung?  nein  ja  
 Wenn ja, welche und konnte eine Schwangerschaft erzielt werden?

MM/JJ	IUI Insemination	IVF In-vitro-Fertilisation	ICSI Intracytoplasmatische Spermien- injektion	Kryo-ET Embryo-Transfer von tief- gefrorenen Embryonen	Schwangerschaft ein- getreten? (ja/nein)

## Vorerkrankungen

Krebs  nein  ja  
 Herzerkrankungen  nein  ja  
 Bluthochdruck  nein  ja  
 Thrombose/Embolie  nein  ja  
 Migräne mit oder ohne Aura  nein  ja  
 Blutgerinnungsstörungen  nein  ja  
 Nierenerkrankungen  nein  ja  
 Nebennierenerkrankungen  nein  ja  
 Lungenerkrankungen  nein  ja  
 Erbkrankheiten  nein  ja  
 Epilepsie  nein  ja  
 Seelische Erkrankungen  nein  ja  
 Zuckerkrankheiten  nein  ja  
 Schilddrüsenerkrankungen  nein  ja  
 Neigung zu Übergewicht  nein  ja  
 Stoffwechselerkrankungen  nein  ja  
 Andere Erkrankungen oder Operationen  nein  ja  
 Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein?  nein  ja  
 Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?  nein  ja  
 Wenn ja, wie viel?

Trinken Sie regelmäßig Alkohol oder konsumieren Sie Drogen?  nein  ja  
 Wurde bei Ihnen eine Chromosomenanalyse durchgeführt?  nein  ja  
 Wurde bei Ihnen eine humangenetische Beratung durchgeführt?  nein  ja  
 Waren Sie schon mal zur Blutgerinnungsdiagnostik?  nein  ja  
 Kennen Sie Ihre Blutgruppe?  nein  ja  
 Wenn ja, welche:

Sind bei Familienangehörigen Thrombosen oder Embolien bekannt?  nein  ja  
 Ist eine Familienangehörige an Brust- oder Eierstockkrebs erkrankt?  nein  ja

Datum/Unterschrift Patientin



## Persönliche Daten (Mann)

Name

Vorname

Geburtsdatum

---

---

---

Größe in cm

Gewicht in kg

Kinderwunsch seit (Monat/Jahr)

---

---

---

Beruf

---

## Vorgeschichte

Krebs	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Bluthochdruck	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Thrombose/Embolie	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Magen-/ Darmerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Nebennierenerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Lebererkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Erbkrankheiten	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Epilepsie	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Seelische Erkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Zuckerkrankheiten	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Neigung zu Übergewicht	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Stoffwechselerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Andere Erkrankungen oder Operationen wenn ja, welche?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

---

Sind Allergien bei Ihnen bekannt?  
wenn ja, welche?  nein  ja

---

Nehmen Sie Medikamente ein?  
wenn ja, welche?  nein  ja

---

Rauchen Sie?  nein  ja  
Wenn ja, wieviel?

---

Trinken Sie regelmäßig Alkohol oder konsumieren Sie Drogen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Gibt es ein Spermogramm von Ihnen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Wurde bei Ihnen eine andrologische Untersuchung durchgeführt?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie Erkrankungen der Hoden (z.B. Varikozele, Hodenhochstand)?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Nehmen Sie Hormone ein?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Wurde Ihnen Hodengewebe entnommen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Sind Sie sterilisiert?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

## Vorgeschichte

Wurde bei Ihnen eine Chromosomenanalyse durchgeführt?

nein

ja

Wurde bei Ihnen eine humangenetische Beratung durchgeführt?

nein

ja

Haben Sie Kinder?

nein

ja

wenn ja, wann geboren?

mit jetziger oder

mit anderer Partnerin

---

Haben Sie Kinder?

nein

ja

wenn ja, wann geboren?

mit jetziger oder

mit anderer Partnerin

---

Datum/Unterschrift Patientin

---

