

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

Wurden bei Ihnen schon einmal MRE (Multiresistente Erreger) nachgewiesen?

MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus)

nein

ja

MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien)

nein

ja

VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken)

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

Wurden bei Ihnen schon einmal MRE (Multiresistente Erreger) nachgewiesen?

MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus) nein ja
MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien) nein ja
VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken) nein ja

Datum/Unterschrift Patientin

