



Fragebogen der Kinderwunsch-Sprechstunde Patiententeil - Frau

Liebe Patientin,

Sie haben sich für eine Beratung in unserer Klinik angemeldet und müssen nun noch ein wenig auf den Termin warten. Bitte nutzen Sie die Gelegenheit, uns schon jetzt einige wichtige Informationen zu geben. Dieser Fragebogen enthält teilweise Angaben für eine bundesweite, anonyme, verpflichtende Datensammlung für Kinderwunschbehandlungen (DirPro). Deshalb sind nicht alle Fragen von uns formuliert und zusammengestellt. Wir bitten um Ihr Verständnis.

diesen Bogen ausgefüllt am

Vorname
Nachname
Titel (Dr., Prof.)
Geburtsdatum (TT MM JJJJ)
aktuelles Alter

Strasse Hausnummer
Postleitzahl Ort
Telefon privat
Telefon beruflich
Handy
E-mail

Krankenkasse / Versicherung
Beruf

betreuender Frauenarzt
Straße Hausnummer
Postleitzahl Ort
hat mich überwiesen
soll einen Brief bekommen

Hausarzt
Fachrichtung
Straße Hausnummer
Postleitzahl Ort
hat mich überwiesen
soll einen Brief bekommen

Familienstand ledig verwitwet
 verheiratet mit jetzigem Partner verheiratet mit anderem
 geschieden Partner

bisherige Schwangerschaften							
Monat/ Jahr	normale Ge- burt	Fehl- geburt	Ab- bruch	Eileiter- schwanger- schaft	in dieser Partner- schaft	durch Kinder- wunsch- behandlung	Komplikationen, Kommentare
	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	
	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	
	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	
	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	ja nein	

DirPro: missed abortion / induzierter Abort / Extrauterin gravidität / Blasenmole / Früh-Abort (bis 16. SSW)
 Spät-Abort (17. bis 28.SSW) / spontaner Abort ohne nähere Angaben / Frühgeburt (28. bis 37.SSW)
 Totgeburt (>= 500g und oder Vitalzeichen) / termingerecht (37.bis 42.SSW)

eigene Vorerkrankungen				
	gesund	ja []	nein []	Kommentar
Eierstock-Entzündung	nein []	ja []	nein []	
Endometriose	nein []	ja []	nein []	(versprengte Gebärmutter-schleimhaut)
Hormonstörungen				
Myome	nein []	ja []	nein []	(Muskelknoten an der Gebärmutter)
sonstige gynäkologische Vorerkrankungen				
Diabetes = Blutzucker	nein []	ja []	nein []	
Bluthochdruck	nein []	ja []	nein []	
Thrombosen	nein []	ja []	nein []	
Krampfader	nein []	ja []	nein []	
Epilepsie	nein []	ja []	nein []	
Migräne	nein []	ja []	nein []	
Kopfschmerzen	nein []	ja []	nein []	
psychische Erkrankung	nein []	ja []	nein []	
Unterleibsschmerzen	nein []	ja []	nein []	
Asthma/chron. Bronchitis	nein []	ja []	nein []	
Magen/Darmerkrankung	nein []	ja []	nein []	
Leberentzündung (Hepatitis)	nein []	ja []	nein []	
sonstige Erkrankungen (Krebs, Erbkrankheiten, genetische Krankheit Muskelerkrankungen etc.)				
Allergien	nein []	ja []	nein []	welche
Kontakt mit giftigen Stoffen	nein []	ja []	nein []	welche
Raucher	nein []	ja []	nein []	Zigaretten/Tag
regelmäßig Alkoholkonsum	nein []	ja []	nein []	Menge pro Tag
Aktuelle Medikamenteneinnahme	keine []	ja []	nein []	welche
Hatten Sie schon einmal eine Überstimulation?	nein []	ja []	nein []	
Zystenbildung am Eierstock	nein []	ja []	nein []	
Gewicht aktuell				kg
Gewicht vor 6 Monaten				kg
Größe				cm

DirPro: PCO / Hyperandrogenämie / Adipositas per magna (BMI>30) / Diabetes mellitus / Hypertonus / Nikotinkonsum
 thrombo-embolisches Ereignis / schwere Allergie (med. Therapie erford.) / psychische-psychiatrische Vorerkrankung
 organische Erkrankung des inneren Genitals / Malignom (Lokalisation unerheblich).

Vorerkrankungen in der Familie
Diabetes = Blutzucker Bluthochdruck genetische Erkrankungen Krebs sonstige Erkrankungen

kein Verhütungsmittel mehr seit (Monat/Jahr)
Kinderwunsch seit (Monat/Jahr)
Kinderwunschbehandlung seit (Monat/Jahr)

Operationen			
Voroperationen	Jahr	Krankenhaus	
Blinddarmentfernung			
Mandelentfernung			
Bauchspiegelung			
andere Operationen			

DirPro: Anzahl diagnostischer und operativer Laparoskopien/Hysteroskopien, Mikrochirurgie

Wurde bei Ihnen schon einmal eine genetische Untersuchung (Erbkrankheiten, Chromosomentest) durchgeführt ?	[] nein	[] ja
Wenn ja, aus welchem Anlass?		

DirPro: Genetische Diagnostik bei der Frau (Chromosomenanalyse)
 CFTR-Träger =Cystic Fibrosis Transmembrane Conductance Regulator, zystische Fibrose = Mukoviszidose

Wurde schon einmal die Eileiterdurchgängigkeit untersucht?				[] nein [] ja		
Röntgendiagnostik (Hysterosalpingographie)	Datum		Ergebnis rechts		Ergebnis links	
Ultraschall-Untersuchung (Echovist)	Datum		Ergebnis rechts		Ergebnis links	
Bauchspiegelung (Laparoskopie)	Datum		Ergebnis rechts		Ergebnis links	

Regelblutung	
Wie alt waren Sie bei Beginn der monatlichen Blutungen?	
Wann hat bei Ihnen die Brustentwicklung eingesetzt?	
Wann begann Ihre letzte Regelblutung?	
Wie war in letzter Zeit der Abstand zwischen zwei Regelblutungen (ohne Einnahme von Hormon-Medikamenten)?	<input type="checkbox"/> regelmäßig zwischen _____ und _____ Tagen <input type="checkbox"/> unregelmäßig, der kleinste Abstand zwischen zwei Blutungen betrug _____ Tage / Wochen / Monate der größte Abstand zwischen zwei Blutungen betrug _____ Tage / Wochen / Monate <input type="checkbox"/> habe keine Regelblutung mehr seit _____
Wie viel Tage dauert die Regelblutung durchschnittlich?	_____ Tage
Wie ist die Blutungsstärke?	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark
Haben Sie in den letzten Monaten/Jahren die morgendliche Aufwachttemperatur gemessen und/oder Temperaturkurven geführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Stellen Sie an den Tagen vor Einsetzen der Regel folgende Empfindungen an sich fest?	<input type="checkbox"/> Brustspannen/ empfindliche Brustwarzen <input type="checkbox"/> Blähbauch/Völlegefühl <input type="checkbox"/> Neigung zur Niedergeschlagenheit/Depression <input type="checkbox"/> Neigung zu aggressivem Verhalten <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> morgendliche Schwellung von Händen Füßen und Gesicht <input type="checkbox"/> Neigung zur Akne <input type="checkbox"/> Wenn ja, seit wann? _____ Monaten/Jahren <input type="checkbox"/> Schmerzen während der Periode
Haben Sie eine Zunahme der Körperbehaarung bemerkt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann _____
Leiden Sie unter verstärktem Haarausfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie unter Akne?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Haben Sie die sog. Antibabypille eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> von _____ bis _____ (= _____ Jahre)
Haben Sie mit der Spirale verhütet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Wie oft haben Sie durchschnittlich sexuellen Verkehr?	ca. _____ mal pro Woche ca. _____ mal pro Monat

Vorbehandlungen	
Es wurde bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	Anzahl / Schwangerschaft / Probleme
Ultraschall/Blutwertkontrolle mit anschließendem Verkehr zum Eisprung (VZO)	
Hormon-Vorbehandlung mit anschließendem Verkehr zum Eisprung (VZO)	
Hormon-Vorbehandlung mit anschließender Insemination (INS)	
Heterologe Insemination (Spendersamen)	
Reagenzglasbefruchtung (IVF)	
ICSI	
Rückgabe von eingefrorenen Eizellen	
Mikrochirurgie (Bachschnittoperation)	
sonstiges	

DirPro: jede ovarielle Stimulation, auch Clomifen, für VZO, AIH, AID, IUI

Vorsorge
<p>Wann war die letzte Krebsvorsorge? Ist bei Ihnen schon einmal eine Mam- _____ Monat / Jahr mographie durchgeführt worden? Haben Sie einen Rötelnschutz? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unsicher <input type="checkbox"/> ich hatte die Röteln <input type="checkbox"/> ich wurde geimpft</p>

<p>Haben Sie schon einmal einen HIV-Test machen lassen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn ja, wann zuletzt Ergebnis (Angabe freiwillig)</p>

- DirPro:**
- Tubenpathologie
 - Endometriose
 - Hyperandrogenämie oder PCO
 - path. Zyklus mit anderen endokrinen Störungen ausgeschlossen Hyperandrogenämie oder PCO
 - uteriner, zervikaler Faktor
 - psychogene Faktoren