



Patienten-Fragebogen für Paare mit Kinderwunsch

Allgemeine Daten – Frau

Vor- und Nachname
Strasse, Hausnr.
PLZ und Ort
Geburtsdatum
Beruf
E-Mail
Telefon (tagsüber)

Allgemeine Daten – Partner

Vor- und Nachname
Geburtsdatum
Beruf
Sind Sie **miteinander** verheiratet? Ja Nein
Jahr der Eheschließung:

Unsere Fragen an Sie

Ihre Größe? Ihr Gewicht? Seit wann etwa (Jahr) versuchen Sie, schwanger zu werden?

Periode / Monatszyklus: Regelmäßig: Alle Tage und dauert Tage Unregelmäßig

Sind Sie deswegen bereits behandelt worden? Ja Nein

Von wem, wann und wie wurden Sie behandelt?

Bisherige Schwangerschaften aus **dieser** Partnerschaft? Ja Nein

Bitte Jahr angeben: Abbrüche Eileiterschwangerschaften Fehlgeburten Geburten

Bisherige Schwangerschaften aus **anderen** Partnerschaften? Ja Nein Bei wem? Bei meinem Partner Bei mir

Bitte Jahr angeben: Abbrüche Eileiterschwangerschaften Fehlgeburten Geburten

Haben Sie Allergien? Ja Nein Welche?

Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein Bitte genauen Namen, Stärke und Dosierung angeben:

Leiden Sie an ernsten Erkrankungen? Ja Nein Welche?

Leidet Ihr Partner an ernsten Erkrankungen? Ja Nein Welche?

Haben Sie wichtige Voroperationen? Ja Nein Welche und wann (Jahr)?

Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft? Ja Nein

Wann und mit welchem Ergebnis?

Gibt es bereits ein Spermogramm? Ja Nein

Wann und mit welchem Ergebnis?

Wurde bei Ihnen oder Ihrem Partner eine Sterilisation durchgeführt? Ja Nein

Wann und bei wem?

Gab oder gibt es bei Ihrem Partner fertilitätseinschränkende Erkrankungen Ja Nein
(z.B. Hodenhochstand, Hodentumor)?

Wann und welche?

Liegt ein ausreichender Schutz (2-malige Impfung) gegen Masern und Röteln vor? Ja Nein

Rauchen Sie Zigaretten? Ja Nein Wie viele am Tag? Raucht Ihr Partner? Ja Nein Wie viele am Tag?

Dürfen wir Ihre angegebenen Ärzte über Behandlungsergebnisse schriftlich informieren? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Anderer Arzt Buch Bekannte Internet Podcast Radio-Werbung

Social Media Zeitung Sonstiges: