

**FRAGEBOGEN FÜR DIE WUNSCH-MUTTER**

Name:
Vorname:
Geburtsdatum: Geburtsort:
Straße, Nr.:
PLZ, Wohnort:
Telefon Festnetz:
Telefon Handy:
E-Mail-Adresse:
Beruf:
<b>Angaben zu Ihrer Partnerin (Co-Mutter):</b> Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____ Telefonnummer: _____  Sind Sie miteinander verheiratet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Seit wann besteht die Ehe / Partnerschaft?
<b>Hausarzt</b> (Name, Ort):
<b>Gynäkologe</b> (Name, Ort):

**Vorbehandlungen** (bitte Protokolle mitbringen):

Insemination im Spontanzyklus, Anzahl: \_\_\_\_\_

Insemination mit Stimulation, Anzahl: \_\_\_\_\_

IVF-Behandlung, Anzahl: \_\_\_\_\_

ICSI-Behandlung, Anzahl: \_\_\_\_\_

Besonderes:

Ist bereits früher eine **Schwangerschaft** eingetreten?

Monat/ Jahr	Ausgang der Schwangerschaft ( <b>mit Angabe der SSW</b> )	Nach Kinderwunsch-Behandlung?
	<input type="radio"/> Geburt ____ SSW <input type="radio"/> Fehlgeburt ____ SSW <input type="radio"/> Abbruch ____ SSW	
	<input type="radio"/> Geburt ____ SSW <input type="radio"/> Fehlgeburt ____ SSW <input type="radio"/> Abbruch ____ SSW	
	<input type="radio"/> Geburt ____ SSW <input type="radio"/> Fehlgeburt ____ SSW <input type="radio"/> Abbruch ____ SSW	

**Schwangerschaftskomplikationen?**

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg  
Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

**Rauchen** Sie?

Nein  1-5 Zig./Tag  
 6-10 Zig./Tag  11-15 Zig./Tag  
 16-20 Zig./Tag  mehr als 20 Zig./Tag

Bekannte **Allergien** aus dem medizinischen Bereich:

Latex  
 Penicillin  
 Andere:

**Blutgruppe:**

Unbekannt

Sind Sie 2x gegen **Röteln** geimpft?  Ja  Nein  
*Impfpass bitte mitbringen!*

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente, Vitamine** oder **Hormone** ein?

Folsäure  
 Metformin  
 Schilddrüsenmedikation  
 Andere Medikamente:

**BITTE WENDEN**

Wann war die **letzte Krebsvorsorge** bei Ihrem Frauenarzt?

**Datum der letzten Blutung:**

Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Blutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Blutung (**Zyklusdauer**)?

- regelmäßig, zwischen \_\_\_\_ und \_\_\_\_ Tage  
 unregelmäßig, zwischen \_\_\_\_ und \_\_\_\_ Tage  
 zur Zeit keine Blutung seit:

Wie viele Tage dauert im Durchschnitt die Blutung selbst? \_\_\_\_ Tage

Wie ist die **Blutungsstärke**?

- leicht  mittel  stark

**Zwischenblutungen:**  Ja  Nein

**Schmierblutungen** vor der Regel:  Ja  Nein

Haben Sie **Schmerzen während der Blutung**?

- Nein  Leicht  Mittel  Stark  
 Nehmen Sie Schmerzmittel?  Ja  Nein

Haben Sie **Hormonpräparate** wie z. B. zyklusregulierende Präparate (Antibabypille) eingenommen?

- Nein  
 Ja Falls ja,  
 Medikament: \_\_\_\_\_  
 Von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Bemerken Sie folgende **körperliche Veränderungen**?

- Milchabgang aus der Brust:  Ja  Nein  
 Vermehrte Körperbehaarung:  Ja  Nein  
 Unreine Haut (Akne):  Ja  Nein

Gibt es **gynäkologische Erkrankungen** in der Vorgeschichte?

- Nein  
 Endometriose  
 Chlamydieninfektion  
 Andere:

Gibt es **gynäkologische Operationen** in der Vorgeschichte?

- Gebärmutter Spiegelung \_\_\_\_\_ (Jahr)  
 Bauch Spiegelung \_\_\_\_\_ (Jahr)  
 Eileiterdurchgängigkeitsprüfung, Ergebnis:  
 \_\_\_\_\_  
 Andere OPs:

**Allgemeine Vorerkrankungen** bei Ihnen:

- Diabetes mellitus  
 Herz/Kreislauf/Gefäß-Erkrankungen:  
 \_\_\_\_\_  
 Epilepsie / psychische Erkrankungen:  
 \_\_\_\_\_  
 Erkrankung der Nieren / Leber / Lunge:  
 \_\_\_\_\_  
 Tumorerkrankungen:  
 \_\_\_\_\_  
 Erbkrankheiten:  
 \_\_\_\_\_  
 Andere:  
 \_\_\_\_\_

**Allgemeine Vorerkrankungen in der Familie:**

- Diabetes mellitus  
 Thrombose  
 Embolie  
 Herzinfarkt  
 Schlaganfall  
 Krebserkrankung  
 ungewollte Kinderlosigkeit  
 Erbkrankheit

Sonstige Anmerkungen:

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**