



Um das Beratungsgespräch gut vorbereiten zu können, möchten wir Sie bitten, nachfolgende Felder auszufüllen bzw. zutreffende Felder anzukreuzen. Unklare Fragen bitte mit einem Fragezeichen markieren. Vielen Dank

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
Mobil:	
Mail:	
Beruf:	

Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____

Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (kg): _____ Größe (cm): _____

Sind Sie miteinander verheiratet? ja nein

Seit _____ (Monat/Jahr)

Trinken Sie Alkohol?

nie selten gelegentlich regelmäßig

Rauchen Sie?

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

Datum der letzten Periode: _____

Wie lange ist die Zyklusdauer (Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Regelblutung)

regelmäßig zwischen _____ und _____ Tagen

unregelmäßig zwischen _____ und _____ Tagen

zur Zeit keine Regelblutung
seit _____ Tagen Wochen Monaten

Dauer der Blutung:

- zwischen _____ und _____ Tagen

Wie ist die Blutungsstärke der Regel?

leicht mittel stark

Haben Sie Zwischenblutungen? nein ja

- oder Schmierblutungen ja, vorher
vor bzw. nach der Regel? nein ja, nachher

Haben Sie Schmerzen während der Periode?

nein leicht mittel stark

Wie häufig? selten geleg. immer

Einnahme von Schmerztabletten? nein ja

Seit wann haben Sie Kinderwunsch?

_____ (Monat, Jahr)

Wie häufig haben Sie Geschlechtsverkehr?

ca. _____ x/Woche ca. _____ x/Monat

Haben Sie verhütet?

Pille: nein ja: von _____ bis _____

Spirale: nein ja: von _____ bis _____

Sonstige: _____

Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?

nein ja, seit _____ (Jahr)

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung ohne Stimulation	___	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
mit Stimulation	___	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Insemination - mit Sperma des Partners	___	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
- mit Spendersperma	___	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung (IVF)	___	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)	___	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)	___	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Waren Sie bereits schwanger?

nein ja

- falls ja, Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft? _____ Monate

Jahr	Geburt (G)? Fehlgeburt (F)? Abbruch (A)?	Mit jetzigem Partner?	Nach Kinderwunschbehandlung?
_____	O G O F O A	O ja O nein	O ja O nein
_____	O G O F O A	O ja O nein	O ja O nein
_____	O G O F O A	O ja O nein	O ja O nein
_____	O G O F O A	O ja O nein	O ja O nein

Sind gynäkologische Erkrankungen bekannt?

(z.B. Endometriose, Zysten, Eileiterentzündungen etc.)

nein ja (welche?)

Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?

nein ja (welche?) Jahr

	Jahr

Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft?

nein ja (wann?) _____

- falls ja, mit welcher Methode?

Ultraschall Röntgen Bauchspiegelung

- mit welchem Ergebnis?

Eileiter links: durchgängig verschlossen

Eileiter rechts: durchgängig verschlossen

Haben Sie Allergien?

nein ja (welche?)

.....
.....

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?

.....

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden? nein

- Diabetes (Zuckerkrankheit)
- insulinpflichtig? ja nein
- Lebererkrankung / Hepatitis
- Epilepsie
- Asthma / chron. Bronchitis
- Magen-/ Darmerkrankung
- Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßerkrankung
- Thrombose
- Psychische Erkrankungen
- Krebs / andere Tumore
- welche? _____
- Kopfschmerzen / Migräne
- Sonstiges _____

Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?

nein ja (wann?) _____

- mit welchem Ergebnis?

unbekannt ohne Befund auffällig

- falls auffällig, mit welchem Befund?

.....
.....

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

nein ja (welche?)

.....

Nehmen Sie sonstige Medikamente ein?

(auch pflanzliche Präparate, Vitamine etc.)

nein ja, welche?

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?

_____ (Jahr) Ergebnis: _____

Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?

Darf er ggfs. einen Brief erhalten? ja nein

Wünschen Sie eine Beratung bezüglich ganzheitlicher Therapieoptionen?

ja nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- auf Empfehlung meines Gynäkologen
- auf Empfehlung durch Freunde/Bekannte/Familie
- durch das Internet
- Flyer/ Infobroschüre
- Sonstige : _____

Wie dürfen wir Sie kontaktieren?

- Telefon
- auch auf Anrufbeantworter
- Mail
- SMS/WhatsApp
- Post

Zum Schluss haben wir noch eine Frage:

Gibt es etwas Besonderes oder etwas für Sie ganz Wichtiges auf das wir während Ihrer Behandlung bei uns achten sollen? Oder haben Sie noch Anliegen, das Sie uns gerne mitteilen möchten?

Bemerkungen

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Datum, Unterschrift