



**Anmerkung:** Falls Sie einen Fragebogen zur Homöopathischen Behandlung ausgefüllt haben, finden Sie hier einige Fragen wieder, die sich mit jenem Fragebogen überschneiden.

### A. Fragen zur Person (Frau) ♀

Datum:	
Name:	Geb. am:

#### 1. Seit wann besteht bei Ihnen Kinderwunsch?

seit \_\_\_\_\_ Jahren

#### 2. Fragen zum Zyklus

##### 2.a) Wann war Ihre erste Regelblutung?

mit \_\_\_\_\_ Jahren

Besonderheiten (Hormongaben, Schock, Tabuisierung, etc.): \_\_\_\_\_

##### 2.b) Ihr Zyklus:

- |  |  |  |   |
|--|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> regelmäßig          | <input type="checkbox"/> unregelmäßig                                  | <input type="checkbox"/> ich habe keine Regelblutung       |   |
| <input type="checkbox"/> sehr starke Blutung | <input type="checkbox"/> starke Blutung                                | <input type="checkbox"/> normal                            | <input type="checkbox"/> schwache Blutung                     |
| <input type="checkbox"/> ohne Beschwerden    | <input type="checkbox"/> mit Beschwerden kurz vor Periodenbeginn (PMS) | <input type="checkbox"/> mit Beschwerden am Blutungsanfang | <input type="checkbox"/> mit Beschwerden zum Ende der Blutung |

##### 2.c) In welchem Abstand kommt die Regelblutung?

Zyklusdauer etwa \_\_\_\_\_ Tage; regelmäßig

##### 2.d) Spüren Sie Ihren Eisprung?

- |   |                                    |  |  |
|---|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> nein, noch nie gespürt | <input type="checkbox"/> ab und zu | <input type="checkbox"/> ja, ich weiß wann ich meinen Eisprung habe (vermehrter Muttermundschleim, sexuelles Verlangen, Mittelschmerz) | <input type="checkbox"/> ja, denn mir geht es zum Eisprung nicht gut |
|---|------------------------------------|--|--|

#### 3. Haben Sie verhütet?

**Wie?** (bei Pille bitte Präparat angeben) \_\_\_\_\_

Wie lange? \_\_\_\_\_



**4. Hatten Sie:**

- |  |          |  |
|--|----------|--|
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaften | Wenn ja: | <input type="checkbox"/> spontan               |
|  |          | <input type="checkbox"/> durch Behandlungen    |
|  |          | <input type="checkbox"/> mit aktuellem Partner |
| <input type="checkbox"/> ein Kind geboren  |          | <input type="checkbox"/> normale Entbindung    |
|  |          | <input type="checkbox"/> Saugglocke/Zange      |
| <input type="checkbox"/> Fehlgeburten      |          | <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt         |
|  |          | wenn ja, wann?                                 |
| <input type="checkbox"/> Abtreibungen      |          | wenn ja, wann?                                 |

---

**5. Hatten oder haben Sie:**

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blasenentzündungen | <input type="checkbox"/> Scheidenpilze | <input type="checkbox"/> Chlamydieninfektion | <input type="checkbox"/> andere Unterleibsinfektionen |
| <input type="checkbox"/> Zystenbildung      | <input type="checkbox"/> Myome         | <input type="checkbox"/> Thrombosen/Embolien | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                |
| <input type="checkbox"/> PCOS               |  |  |   |

---

**6. Wurden im Bauchraum Operationen durchgeführt?**

- |  |                                       |  |                                   |
|--|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> an Eierstöcken                  | <input type="checkbox"/> an Eileitern | <input type="checkbox"/> an Gebärmutter            | <input type="checkbox"/> Sonstige |
| <input type="checkbox"/> Eileiterdurchgängigkeit geprüft |                                       | <input type="checkbox"/> durchgängig               |                                   |
|  |                                       | <input type="checkbox"/> eingeschränkt durchgängig |                                   |
|  |                                       | <input type="checkbox"/> nicht durchgängig         |                                   |

---

**7.a) Sie befinden sich gegenwärtig bei einem Arzt in Kinderwunschbehandlung?**

- nein  ja

Wenn ja, wo?

---

**7.b) Welche Behandlungsformen wurden bei Ihnen durchgeführt?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Zyklusbeobachtung (Ultraschall) | <input type="checkbox"/> Zyklusbeobachtung mit "Auslösespritze" |
| wie viele Zyklen?  | wie viele Zyklen?   |
| <input type="checkbox"/> Insemination                    | <input type="checkbox"/> IVF -Behandlung                        |
| wie viele Zyklen?  | wie viele Zyklen?   |
| <input type="checkbox"/> ICSI-Behandlung                 | <input type="checkbox"/> Kryo-Auftauzyklus/Vitrifikation        |
| wie viele Zyklen?  | wie viele Zyklen?   |



**8. Nehmen Sie Medikamente (Hormone) oder haben Sie vor kurzem Medikamente genommen?**

- Clomifen (Tabletten)       Hormonspritzen (FSH/LH)     Auslösespritze                       Cortison (Prednisolon)  
 Metformin                       Progesteron
- 

**B. Fragen zur Person (Mann) ♂**

Name:		Datum:
Geb. am:		

---

**1. Seit wann besteht bei Ihnen Kinderwunsch?**

seit \_\_\_\_\_ Jahren

**2. Haben Sie bereits Kinder?**

- nein                       ja                      falls ja:                       mit aktueller Partnerin  
wann geboren?
- 

**3. Sind bei Ihnen Operationen durchgeführt worden?**

- Hoden                       Bauchraum                       Leistenbruch                       Refertilisierung  
 Varikozele                       Hodenbiopsie/TESE
- 

**4. Hatten Sie oder haben Sie folgende Krankheiten?**

- Blasenentzündung                       Chlamydieninfektion                       Hodenentzündung  
 Nebenhodenentzündung                       andere Infektion des Urogenitaltraktes
- 

**5. Wurde bereits ein Spermogramm erstellt?**

wenn ja, welches Ergebnis? \_\_\_\_\_

**6. Nehmen Sie Medikamente?**

- hCG                       FSH                       Testosteron                       andere
-