



Frau	Partner
Name: _____	Name: _____
Vorname: _____	Vorname: _____
geboren am: _____ Alter: _____	geboren am: _____ Alter: _____
StraÙe / Nr.: _____	StraÙe / Nr.: _____
PLZ / Ort: _____	PLZ / Ort: _____
Telefon: _____	Telefon: _____
Handy: _____	Handy: _____
E-Mail: _____	E-Mail: _____

Sind Sie nach deutschem Recht miteinander verheiratet? ja nein

Wenn nein: Sind Sie mit einem anderen Partner verheiratet ja nein

Anmerkung: Für Maßnahmen im Rahmen einer künstlichen Befruchtung sind die gesetzlichen Krankenkassen nur dann leistungspflichtig, wenn Sie miteinander verheiratet sind.

Bei gleichgeschlechtlichem Paar eingetragene Lebenspartnerschaft ja nein

Krankenversicherung:

Frau: gesetzlich privat – Normaltarif privat – Basistarif Beihilfe Bundeswehr

Mann: gesetzlich privat – Normaltarif privat – Basistarif Beihilfe Bundeswehr

Dürfen wir Sie unter Ihrer Telefonnummer zurückrufen? ja nein

Dürfen wir eine Nachricht auf Ihrem Anrufbeantworter / Mailbox hinterlassen? ja nein

Das Kinderwunschzentrum darf mir per E-Mail Dokumente und Befunde zusenden.

Frau ja nein

Mann ja nein

Kommen Sie wegen einer Kinderwunschbehandlung in unsere Praxis? ja nein

Wenn nein, geben Sie stichwortartig den Grund oder die Beschwerden an:

Seit wann wünschen Sie sich ein Kind? Kalendermonat _____ Jahr _____

Seit wann betreiben Sie keinen Empfängnisschutz mehr? Kalendermonat _____ Jahr _____

Wer ist Ihr behandelnder Frauenärztin / Frauenarzt?

Vor- und Nachname: _____

StraÙe / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____

Dürfen wir Ihren Arzt über die Behandlung in unserem Hause informieren? ja nein

Dürfen wir Vorbefunde anfordern? ja nein

Dürfen wir Ihre/n Partnerin/Partner über Ihre Befunde informieren? ja nein

Mein Partner darf Untersuchungsergebnisse von mir erfragen. ja nein

Meine Partnerin darf Untersuchungsergebnisse von mir erfragen. ja nein



Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung? _____ Jahre

Ist Ihr Zyklus regelmäßig? ja nein

Wieviel Tage liegen durchschnittlich zwischen dem erstem Tag der Regelblutung bis zum Beginn der darauffolgenden Regelblutung? _____ Tage

Wie viele Tage dauert die Regelblutung durchschnittlich? _____ Tage

Haben Sie während der Regelblutung Schmerzen / Beschwerden? ja nein

Wann war der erste Tag der letzten Regelblutung? _____ Datum

Waren Sie schon einmal schwanger? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein					
Monat / Jahr	/	/	/	/	/
schwanger geworden:					
auf natürlichem Weg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit medizinischer Hilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
auf welche Art					
mit wem?					
jetziger Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
früherer Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spender	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Schwangerschaftsausgang:					
Geburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Termingerecht?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frühgeburt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fehlgeburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Früh-Abort (bis 16. SSW)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit Ausschabung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spät-Abort (17.-28.SSW)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abbruch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eileiterschwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geburtsverlauf:					
normale Geburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaiserschnitt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saugglocke etc.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
dies wird vom Arzt ausgefüllt					

0 keine Angaben

1 missed abortion

2 induzierter Abort

3 Extrauterin gravidität

4 Blasenmole

5 Früh-Abort (bis 16. SSW)

6 Spät-Abort (17. bis 28. SSW)

7 spontaner Abort ohne nähere Angaben

8 Frühgeburt (28. bis 37. SSW)

9 Totgeburt ($\geq 500g$ und/oder Vitalzeichen)

10 termingerecht (37. bis 42. SSW)

11 Abort ohne nähere Angaben

12 Geburt

13 unbekannt



- Ist bei Ihnen jemals eine Entzündung des Unterleibs behandelt worden?** ja nein
- Sind bei Ihnen Störungen der Blutgerinnung bekannt?** ja nein
- Ist jemals eine Thrombose aufgetreten?** ja nein
- Wurde jemals eine Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus) diagnostiziert?** ja nein
- Hatten Sie andere Erkrankungen? (Hepatitis, Krebs, HIV etc.)** ja nein

Wenn ja, welche? _____

– Vorerkrankungen der Frau (wird vom Arzt ausgefüllt)–

- | | |
|---------------------------------|---|
| 0 keine Angaben | 8 thrombo-embolisches Ereignis |
| 1 keine | 9 schwere Allergie (med. Therapie erforderlich) |
| 2 PCO | 10 psychische/psychiatrische Vorerkrankungen |
| 3 Hyperandrogenämie | 11 organische Erkrankungen des inneren Genitals |
| 4 Adipositas per magna (BMI>30) | 12 Malignom (Lokalisation unerheblich) |
| 5 Diabetes mellitus | 13 unbekannt |
| 6 Hypertonus | 14 Sonstiges |
| 7 Nikotinkonsum | 15 Schilddrüsenerkrankungen |

Sind Allergien bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? ja nein

Haben Sie Alkohol / Drogenprobleme oder Medikamentenabhängigkeiten? ja nein

Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, bitte weitere Angaben ja nein

Operation	Wann	Warum	Von wem / Wo
-----------	------	-------	--------------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Wann war die letzte Krebsvorsorge? Monat _____ Jahr _____

Wurden bei Ihnen genetische Untersuchungen durchgeführt? ja nein

Haben Sie die Antibabypille eingenommen? ja nein

Wenn ja, von wann bis wann? _____

Ist jemals eine Spirale gelegt worden? ja nein

Gab es dabei Komplikationen? ja nein

Medikamenteneinnahme in den letzten sechs Monaten? keine

Name des Medikaments	Dosis	Warum	Seit wann
----------------------	-------	-------	-----------

_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____



Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Sind Sie durch Ihre berufliche Tätigkeit häufigen Reisen oder gesundheitsschädlichen Substanzen ausgesetzt? ja nein

Sind vererbare Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Haben sich bei Ihren Geschwistern oder Eltern Thrombosen ereignet, liegt ein Diabetes oder eine Krebserkrankung vor? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Bitte geben Sie Ihr derzeitiges Gewicht und die Körpergröße an!

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm BMI _____

Haben Sie in der letzten Zeit körperliche Veränderungen bemerkt? ja nein

Wenn ja, welche? _____

Gibt es schon Hormonbestimmungen? Wenn ja, bringen Sie bitte die Befunde mit! ja nein

Bauchspiegelung (Laparoskopie)? Wenn ja, bringen Sie bitte den OP-Bericht mit! ja nein

Monat / Jahr Durch wen? Eileiter durchgängig? Endometriose?

_____ / _____ _____ ja nein, Verschluss links rechts ja nein

_____ / _____ _____ ja nein, Verschluss links rechts ja nein

Ultraschallprüfung der Eileiter mit Kontrastmittel (Hydropertubation, Hysterokonstrastsonografie)?

Monat / Jahr Durch wen? Eileiter durchgängig? Endometriose?

_____ / _____ _____ ja nein, Verschluss links rechts ja nein

Blutgruppe bekannt? Wenn ja, bringen Sie bitte den Blutgruppenausweis mit! ja nein

Rötelschutz vorhanden? Wenn ja, bringen Sie bitte den schriftlichen Nachweis mit! ja nein

Wurden Hepatitis A - oder B - Impfungen durchgeführt? ja nein

Sind Sie gegen Röteln geimpft worden? (Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis mit) ja nein

–Sterilitätsfaktoren der Frau (wird vom Arzt ausgefüllt)–

0 keine Angaben

1 keine

2 Tubenpathologie

3 Endometriose

4 Hyperandrogenämie/PCO

5 pathologischer Zyklus, andere endokrinologische Störung

6 uteriner, zervikaler Faktor

7 psychogene Faktoren

8 Sonstiges

9 eingeschränkte Eizellreserve

10 Alter

11 Genetik (PKD, PGD)

12 FertiProtekt

13 Social Freezing

14 Homosexualität



Wurden bisher Kinderwunsch-Therapien durchgeführt? ja nein

Bitte tragen Sie folgende Therapieformen ein:

Insemination, IVF, ICSI, Kryozyklus, Zyklusüberwachung

Therapieform	Monat / Jahr	Welche Medikamente?	Von wem behandelt?	Schwanger?
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
_____	_____	_____	_____	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Wie oft haben Sie Geschlechtsverkehr? _____ pro / Monat _____ pro / Woche

Halten Sie Störungen der Sexualität für mitverantwortlich an der Kinderlosigkeit? ja nein

Haben Sie zum Zeitpunkt des Eisprungs der Partnerin die Möglichkeit zum Geschlechtsverkehr? ja nein

Gibt es Probleme bei der Libido oder der Orgasmusfähigkeit? ja nein

Haben Sie Störungen bei Erektion und/oder der Ejakulation bemerkt? ja nein

Fühlen Sie sich durch Ihre Kinderlosigkeit ungewöhnlich stark belastet? ja nein

Diagnostik des Mannes

Sind vererbare Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt? Wenn ja, welche? ja nein

Kommen in Ihrer Familie Thrombosen, Diabetes oder Krebserkrankungen vor? ja nein

Derzeitig ausgeübter Beruf _____

Sind Sie durch Ihre berufliche Tätigkeit häufigen Reisen oder gesundheitsschädlichen Substanzen ausgesetzt? ja nein

Bitte geben Sie Ihr derzeitiges Gewicht und die Körpergröße an!

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm BMI _____

Haben Sie schon einmal mit einer anderen Partnerin ein Kind gezeugt? ja nein

Wenn ja, wann und wie viele?

Jahr: _____ Anzahl: _____ Jahr: _____ Anzahl: _____ Jahr: _____ Anzahl: _____

Wurde Ihr Spermia bereits untersucht? Wenn ja, bringen Sie bitte die Befunde mit! ja nein

Monat / Jahr	Durch wen?	Ergebnis?
_____ / _____	_____	_____
_____ / _____	_____	_____

Haben Sie sich sterilisieren lassen? ja nein



Bestand oder besteht ein Hodenhochstand, ein Hodentumor, eine Infektion des Hodens oder des Nebenhodens ? Wenn ja, geben Sie bitte unten die Diagnose an!

ja nein

Rauchen Sie?

ja nein

Gab oder gibt es Alkoholprobleme?

ja nein

Leiden Sie an anderen chronischen Erkrankungen z. B. Hepatitis, HIV, Multiple Sklerose, Diabetes mellitus, Bluthochdruck? Welche operativen Eingriffe hatten Sie?

ja nein

Wenn ja, geben Sie bitte unten die Diagnose und Art des Eingriffs an!

Wurde bei Ihnen eine genetische Untersuchung durchgeführt?

ja nein

Medikamenteneinnahme in den letzten sechs Monaten?

keine

Name des Medikaments

Dosis

Warum

Seit wann?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung durch Frauenarzt

Empfehlung durch Bekannte

Internet

Sonstiges _____

–Vorerkrankungen des Mannes (wird vom Arzt ausgefüllt)–

0 keine Angaben

1 keine

2 Adipositas per magna (BMI>30)

3 Diabetes mellitus

4 Hypertonus

5 Nikotinkonsum

6 thrombo-embolisches Ereignis

7 schwere Allergie (medizinische Therapie erforderlich)

8 psychische/psychiatrische Vorerkrankung

9 Malignom

10 Sonstiges

–fertilitätsmindernde Befunde des Mannes (wird vom Arzt ausgefüllt)–

0 keine Angaben

1 keine Befunde

2 urogenitale Auffälligkeit

3 eingeschränktes Spermiogramm

4 grenzwertig eingeschränktes Spermiogramm

5 vorherige fehlende oder schlechte IVF-Fertilisation

6 retrograde Ejakulation

7 Anejakulation

8 Azoospermie – ausgenommen Sterilisation

9 pathologischer Funktionstest

10 Zustand nach schwerem Genitalinfekt

11 Zustand nach Malignom im Genitalbereich

12 Zustand nach Sterilisation

13 Kongenital bilateraler Verschluss der Vasa deferentes

14 neurogene Störung

15 psychogene Störung

16 Sonstiges

17 Azoospermie

18 Genetik (PKD)

19 FertiProtekt

–Sterilitätsfaktor des Paares (wird vom Arzt ausgefüllt)–

0 keine Angaben

1 idiopathisch

2 männlich

3 weiblich

4 beides

5 fehlender männlicher Partner

6 Homosexualität

7 FertiProtekt

8 Social Freezing

Ort

Datum

Unterschrift Frau

Unterschrift Mann