



Datum Erstgespräch: Arzt: Überweiser:

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an. Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.

Name:
Vorname:
Adresse:
Telefon:
Beruf:

Table with 3 columns: Art der Behandlung, Anzahl Zyklen, Schwangerschaft. Row: andere, O ja O nein

Bei vorausgegangenen Stimulationen der Eierstöcke oder Inseminationen:

Welche Medikamente haben Sie dafür erhalten?

.....

Gab es dabei Komplikationen?

- O nein O Überstimulationssyndrom
O Blutungen O sonstige (welche?)

.....

Vorausgegangene IVF- oder ICSI-Behandlungen*:

* falls Sie bereits mehr als vier IVF- oder ICSI-Behandlungen hatten, bitte nachfolgend die letzten vier angeben

Table for treatment #1 with columns: #, Jahr, IVF, ICSI, Anzahl Eizellen punktiert, Anzahl Embryonen transferiert, Anzahl ein-gefroren, Schwangerschaft. Includes sub-question: Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

Table for treatment #2 with columns: #, Jahr, IVF, ICSI, Anzahl Eizellen punktiert, Anzahl Embryonen transferiert, Anzahl ein-gefroren, Schwangerschaft. Includes sub-question: Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

Table for treatment #3 with columns: #, Jahr, IVF, ICSI, Anzahl Eizellen punktiert, Anzahl Embryonen transferiert, Anzahl ein-gefroren, Schwangerschaft. Includes sub-question: Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

Table for treatment #4 with columns: #, Jahr, IVF, ICSI, Anzahl Eizellen punktiert, Anzahl Embryonen transferiert, Anzahl ein-gefroren, Schwangerschaft. Includes sub-question: Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

Geburtsdatum: Alter:

Sind Sie miteinander verheiratet? O ja O nein

Seit wann besteht Ihre jetzige Ehe (Lebenspartnerschaft)? (Datum)

Seit wann haben Sie einen Kinderwunsch? (Monat, Jahr)

Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?

- ca. Mal pro Woche
- ca. Mal pro Monat

Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung? O nein O ja, seit (Jahr) falls ja, wie viele Ärzte haben Sie bereits aufgesucht? Ärzte



Aufnahme/Anamnese 02079999

Table with 3 columns: Art der Behandlung, Anzahl Zyklen, Schwangerschaft. Rows: Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung, Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung, Insemination - mit Sperma des Partners, Insemination - mit Spendersperma, Künstliche Befruchtung (IVF), Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI), Auftauzyklus (Kryotransfer), GIFT



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

Gab es bei IVF- / ICSI-Therapien Komplikationen?

- nein Überstimulationssyndrom
- Blutungen sonstige (welche?)

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

Wurden schon Operationen im Bauchraum

- Unterleib durchgeführt?**
- nein ja (welche?)

	Jahr
.....
.....
.....

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?

..... (Jahr)

Wann war Ihre letzte Mammographie?

..... (Jahr)

Waren Sie bereits schwanger?

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

Jahr	Geburt (G)? Fehlgeburt (F)? Abbruch (A)?	Mitjetzigem Partner?	Nach Kinderwunsch- behandlung?
	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Traten Komplikationen auf? nein ja

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?

- mit Jahren

Beginn der Brustentwicklung mit Jahren

Beginn der

Achsel- und Schambehaarung mit Jahren

Wie regelmäßig waren Ihre Monatszyklen in den ersten Jahren der Pubertät?

- durchschnittlich alle bis Tage
- noch nie eine spontane Blutung gehabt

Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?

Pille: nein ja: von bis

Spirale: nein ja: von bis

Haben Sie sich sterilisieren lassen?

nein ja (wann?)

Gab es Komplikationen?

nein ja (welche?)

Haben Sie bereits Ihre Basaltemperatur zur Bestimmung Ihrer fruchtbaren Tage gemessen?

nein ja

- mit welchem Ergebnis?

unauffällig auffällig

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

regelmäßig zwischen und Tagen

unregelmäßig zwischen und Tagen

zur Zeit keine Regelblutung

Seit Tagen Wochen Monaten

Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt?

- 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

Datum der letzten Regel?





Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Haben Sie Schmerzen während der Periode?

- nein leicht mittel stark
- Wie häufig? selten geleg. immer
- Einnahme von Schmerztabletten? nein ja
- Wann beginnen die Schmerzen?
 - vor
 - mit dem Einsetzen der Blutung
- Wann sind die Schmerzen am stärksten?
 - vor
 - mit dem Einsetzen der Blutung
- Haben Sie seit Ihrer ersten Monatsblutung Schmerzen? nein ja

Haben Sie sonstige Unterleibsschmerzen?

- nein selten öfters immer
- Schmerzen beim Wasserlassen? nein ja
- Schmerzen beim Stuhlgang? nein ja
- Blutbeimengungen im Urin nein ja
- Blutbeimengungen im Stuhl nein ja
- Schmerzen beim Verkehr? nein ja

Bemerken Sie in den Tagen vor Einsetzen der Monatsblutung folgende Symptome?

- | | |
|-------------------------------------|---|
| | <input type="radio"/> nein |
| | leicht mittel stark |
| Blähbauch / Völlegefühl | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Niedergeschlagenheit / Depressionen | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Migräne | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Gewichtszunahme | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Schwellungen von Händen / Füßen | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |
| Brustspannen/empfindl. Brustwarzen | <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> |

Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft oder Stillzeit, einmal den Austritt von Sekret aus Ihrer Brust bemerkt?

- nein ja ja, jedoch nur nach Provokation
- seit wann?
- auf welcher Seite? einseitig beidseitig
- von welcher Farbe?

Leiden Sie unter folgenden Symptomen? nein

- Akne: leicht mittel stark
- seit wann?
 - wo? Gesicht Rücken Brustkorb

- verstärkter Haarausfall: leicht mittel stark
- seit wann?

- Zunahme der Körperbehaarung: leicht mittel stark
- seit wann?
- wo? Gesicht Rücken Brustkorb Beine Arme Bauch

Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (Kilo): Größe (cm):

Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?

- nein ja, mit Zunahme ja, mit Abnahme

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich?

- 1-2 3-4 mehr als 4

Wie ernähren Sie sich?

- Mischkost vegetarisch eher einseitig

Treiben Sie Sport?

- nie selten gelegentlich regelmäßig

- falls ja, welche Sportarten?

.....
.....

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 (Anzahl?)

Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)?

- nein ja
- welche?
- wie oft?

Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?

- nein ja

Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?

- nein Schichtarbeit
- Lärm fehlendes Tageslicht
- Stäube schwere körperliche Belastung
- Chemikalien Gase/Aerosole

Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?

.....





Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

	Leicht	mittel	stark
Krampfadern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eierstockzysten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben Sie Allergien?

nein ja (welche?)

Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?

nein ja

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden?

nein
(seit) Jahr

- Diabetes (Zuckerkrankheit)
 - insulinpflichtig? ja nein
- Epilepsie
- Unterleibsschmerzen
- Asthma / chron. Bronchitis
- Magen-/ Darmerkrankung
- Nierenerkrankung
- Nebennierenerkrankung
- Lebererkrankung
- Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßerkrankung
- Krebs / andere Tumore
 - welche?
- Kopfschmerzen
- Migräne

Leiden Sie insbesondere an folgenden Beschwerden?

nein

leicht mittel stark

Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allg. Müdigkeit / Leistungsabfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reizbarkeit / Nervosität	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress (allgemein)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress (am Arbeitsplatz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partnerschaftskonflikte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängstlichkeit / Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seelische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hitzewallungen / Schweißausbrüche	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
fleckige Hautrötungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
trockene Scheide	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Herzklopfen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

30 Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?

nein ja (wann?)

- falls ja, mit welcher Methode?

Ultraschall radiologisch Bluttest

- mit welchem Ergebnis?

unbekannt ohne Befund auffällig

- falls auffällig, mit welchem Befund?

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

nein ja (welche?)

31 Wurden, außer im Bauchraum oder Unterleib, bereits andere Operationen durchgeführt?

nein ja (welche?)

Jahr

32 Leiden Sie an weiteren Begleiterkrankungen und welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein?

nein ja (welche?)

Medikamente

33 Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten,

Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?

nein

ja, mütterlicherseits (welche?)

ja, väterlicherseits (welche?)





Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt ?

- nein ja
- mit welchem Ergebnis?
- unauffällig auffällig

Wurde ein genetischer Test auf cystische Fibrose (CFTR) durchgeführt?

- nein ja
- mit welchem Ergebnis?
- unauffällig auffällig

Sind Sie bereits gegen Röteln geimpft?

- nein ja

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

.....

Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?

.....

Bemerkungen

Wird vom Arzt im Kinderwunschzentrum ausgefüllt

Sterilisation	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Indikationen	+ Relevanz -	
keine bekannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
tubar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Endometriose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
path. Tubenfaktor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Dysmukorrhoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spermienantikörper (F)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
path. Zyklus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amenorrhoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oligomenorrhoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anovulation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lutealphasendefekt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
PCO	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyperandrogenämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hyperprolaktinämie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
unbekannt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
sonstiges	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ART Hauptindikation weiblich männlich
 beide idiopathisch

Geplante Behandlung

- Monitoring mit VZO OS mit VZO
- IUI AID
- IVF ICSI
- IVF + ICSI Kryotransfer
- GIFT

Spermien

- Ejakulat epidydimal testikulär
- einzeitige OP zweizeitige OP
- Auftau Kryokonservierung
- Spermogrammtermin vereinbaren

Embryonen für ET 1 2 3

Kryo VKs erwünscht?
 nein ja, ab VKs

Infektionsserologie

- HIV HBV HCV TP Chlam.
- Röteln

Basishormone

- FSH LH TSH TESTO DHEAS
- E2 HCG PRG 17-OH-P
- Androstendion PRL

Abstrich

- Pilze Bakt. Chlam. Mykopl.

Genetik

- Zytogramm CFTR AZF

Überweisung Anästhesie

