

Kinderwunsch

Dr. med. Oliver Schwarzenberg
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

Telefon 04152 87710-10
Telefax 04152 87710-19
info@mvz-buntenskamp.de

I. Persönliche Angaben:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Nationalität: _____ Größe [cm]: _____ Gewicht [kg]: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Frauenarzt: _____

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Hiermit ermächtige ich das MVZ Buntenskamp, folgenden Arzt über meine Behandlung zu informieren: _____

Ort, Datum

Unterschrift

II. Allgemeine Fragen

Datum Ihrer letzten Krebsvorsorgeuntersuchung: _____

Seit wann besteht die aktuelle Partnerschaft? _____

Seit wann besteht der Kinderwunsch? _____

Wann wurde die Verhütung abgesetzt? _____

III. Fragen zu Ihrer Vorgeschichte

Waren Sie schon einmal schwanger? nein ja _____ [Jahr(e)]

Wenn ja, mit dem aktuellen Partner? nein ja

Sind oder waren Sie wegen des Kinderwunsches bereits in Behandlung? nein ja

Wurde eine Schwangerschaft durch eine ärztliche Behandlung erzielt? nein ja

Wenn ja, was wurde gemacht? _____

Gab es dabei unerwünschte Wirkungen oder Komplikationen? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente haben Sie damals bekommen? _____

Wurde die Durchgängigkeit Ihrer Eileiter schon einmal überprüft? nein ja

Sind Sie schon einmal operiert worden? nein ja

Wenn ja, um was für einen Eingriff handelte es sich und in welchem Jahr?

Hatten Sie schonmal Entzündungen im Unterleib? nein ja

Lagen Sie schon einmal im Krankenhaus? nein ja

Wenn ja, warum? _____

Wie alt waren Sie bei der ersten Regelblutung? _____

In welchem Alter begann die Brustentwicklung? _____

IV. Fragen zur aktuellen Situation

Wie lang ist Ihre Zyklusdauer (vom 1. Tag der Regelblutung bis zum Beginn der nächsten)

unregelmäßig alle _____ Tage/Monate regelmäßig alle _____ Tage

Wann begann die letzte Regelblutung (1. Tag)? _____

Wie viele Tage dauert die Blutung im Schnitt? _____

Wie ist die Stärke der Menstruation? normal stark schwach

Treten Schmierblutungen vor der eigentlichen Regelblutung auf? nein ja

Haben Sie oft Zwischenblutungen? nein ja

Wenn ja, wann treten diese auf? _____

Haben Sie immer starke Schmerzen bei der Regelblutung? nein ja

Sind die Beschwerden so stark, dass Sie immer Schmerzmittel brauchen? nein ja

Wann beginnen die Schmerzen? _____

Haben sich Blutung oder Schmerzen in den letzten Jahren verändert? nein ja

Haben Sie oft Unterleibsschmerzen? nein ja

Haben Sie oft oder immer Schmerzen beim Verkehr? nein ja

Wie häufig haben Sie Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner?

ca. _____ x pro Woche

ca. _____ x pro Monat

Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen? nein ja

Haben Sie Schmerzen beim Stuhlgang? nein ja

Haben Sie bereits vor Beginn der Regelblutung Beschwerden? nein ja

Kommt es vor, dass Flüssigkeit aus einer Brustwarze austritt? nein ja

Leiden Sie unter Akne oder verstärkter Behaarung? nein ja

V. Fragen zu sonstigen Erkrankungen in der Vorgeschichte

Ist eine Zuckerkrankheit bekannt? nein ja

Haben Sie eine Erkrankung der Schilddrüse? nein ja

Ist eine Leber- oder Nierenerkrankung bekannt? nein ja

Haben Sie Bluthochdruck? nein ja

Hatten Sie jemals eine Thrombose, eine Embolie oder einen Schlaganfall? nein ja

Gab es Thrombosen, Embolien oder Schlaganfälle in der Familie? nein ja

Ist eine Erkrankung der Lunge bekannt? nein ja

Ist eine Darmerkrankung oder eine Störung innerer Organe bekannt? nein ja

Haben Sie oft Migräne? nein ja

Ist eine Allergie bekannt? nein ja

Gibt es sonstige Erkrankungen oder Beschwerden? nein ja

Nehmen Sie Medikamente ein? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie? nein ja

Nehmen Sie andere Drogen? nein ja

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja

Haben Sie am Arbeitsplatz Umgang mit gefährlichen Stoffen? nein ja

Ist Ihr Körpergewicht konstant? nein ja

Was wiegen Sie aktuell? _____ kg Wie groß sind Sie? _____ cm

Fühlen Sie sich stark belastet oder haben Sie viel Stress? nein ja

Schreiben Sie, was noch nicht erwähnt wurde oder Ihnen wichtig erscheint:

VI. Fragen zu Ihrem Partner

Wie alt ist Ihr Partner? _____

Hat Ihr Partner Kinder aus einer anderen Beziehung? nein ja

Welchen Beruf übt Ihr Partner aus? _____

Hat Ihr Partner Umgang mit Schadstoffen? nein ja

Ist er im Hinblick auf den Kinderwunsch bereits beim Arzt gewesen? nein ja

Wenn ja, was wurde untersucht? _____

Hatte Ihr Partner als Kind einen Hodenhochstand? nein ja

Hatte Ihr Partner eine Operation an den Geschlechtsorganen? nein ja

Nimmt Ihr Partner Medikamente ein? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Raucht Ihr Partner? nein ja

Hat Ihr Partner eine Erkrankung? nein ja

Ist der Bartwuchs Ihres Partners normal? nein ja

Leidet Ihr Partner unter Erektionsstörungen? nein ja

Leidet Ihr Partner an Allergien? nein ja

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!