



Sehr geehrte Patientin! Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig und leserlich aus!

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>PLZ /Ort:</b>	
<b>Telefon:</b>	
<b>Mobil:</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Beruf</b>	
<b>Krankenversicherung:</b>	

**Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?**  
\_\_\_\_\_

**Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_

**Sind Sie miteinander verheiratet?**  
 Ja  Nein

**Gewicht:** \_\_\_\_\_ **und** **Größe:** \_\_\_\_\_

**Seit wann haben Sie Kinderwunsch?**  
 Monat/ Jahr: \_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien?**  Nein  
 Ja: \_\_\_\_\_

**Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?**  
 Medikament: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**  Nein  
 Ja, Anzahl Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_  
 E-Zigarette  Shisha

**Konsumieren Sie weitere Genussmittel?**  
 Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein  
 wie häufig? \_\_\_\_\_

**Waren Sie bereits Schwanger?**  Nein  
 Ja, die Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ Monate

Monat/ Jahr	Ausgang der Schwangerschaft: Geburt (G); Kaiserschnitt (K); Fehlgeburt (F); Eileiterschw. (E); Abbruch (A)	Mit jetzigem Partner?	Nach einer Kinderwunschbehandlung?
	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> K <input type="radio"/> F <input type="radio"/> E <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"/> K <input type="radio"/> F <input type="radio"/> E <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"/> K <input type="radio"/> F <input type="radio"/> E <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"/> K <input type="radio"/> F <input type="radio"/> E <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

**Traten Komplikationen auf?**  Ja  Nein

**Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft?**  Nein  
 Ja, wann? \_\_\_\_\_

**Mit welcher Methode?**  
 Ultraschall  Bauchspiegelung

**Mit welchem Ergebnis?**  
 Eileiter links:  durchgängig  verschlossen  
 Eileiter rechts:  durchgängig  verschlossen

**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  
 zu Zeit keine Regelblutung seit \_\_\_\_\_

**Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt?**  
 - Zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen

**Haben Sie Zwischenblutungen?**  Ja  Nein

**Datum der letzten Regelblutung:** \_\_\_\_\_

**Haben Sie Schmerzen während der Periode?**  
 Ja,  leicht  mittel  stark  Nein  
**Wie häufig?**  selten  geleg.  immer  
**Nehmen Sie Schmerztabletten ein?**  Ja  Nein

**Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?**  
 -ca. \_\_\_\_\_ pro Woche  
 -ca. \_\_\_\_\_ pro Monat

**Haben Sie Beschwerden/ Probleme beim Verkehr?**  Nein  
 Ja, welche? \_\_\_\_\_

**Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Behandlung?**  
 Ja, seit \_\_\_\_\_  Nein  
 - Falls ja, wie viele Ärzte haben Sie bereits aufgesucht? \_\_\_\_\_



**Welche Behandlungen wurden bisher bei Ihnen durchgeführt?**

Art der Therapie	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Insemination mit Spermien des Partners		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Insemination mit Fremdspermien		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Künstliche Befruchtung IVF		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Künstliche Befruchtung mit Microinjektion ICSI		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Andere:		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Welche Medikamente haben Sie erhalten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wenn bei Ihnen bereits eine künstliche Befruchtung IVF/ ICSI oder auch ein Kryotransfer durchgeführt worden ist:**

Senden Sie uns bitte möglichst Ihre Spritzenprotokolle zu.

**Traten Komplikationen auf?**

- Ja  Nein
- Falls ja, welche?
- Blutungen  Überstimulationssyndrom
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?**

- Ja, welche?  Nein
- \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_

**Wurden bereits noch andere Operationen durchgeführt?**

- Ja, welche?  Nein
- \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_

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

- Ja  Nein
- Ja, jedoch nur nach Provokation
- seit wann? \_\_\_\_\_
- auf welcher Seite?  einseitig  beidseitig
- von welcher Farbe? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter folgenden Symptomen?**

**Akne:**

- Ja, seit: \_\_\_\_\_  Nein
- Leicht  mittel  stark
- Wo?  Gesicht  Rücken  Brustkorb

**Haarausfall:**

- Ja, seit: \_\_\_\_\_  Nein
- Leicht  mittel  stark

**Zunahme der Körperbehaarung:**

- Ja, seit: \_\_\_\_\_  Nein
- Leicht  mittel  stark
- Wo?  Gesicht  Rücken  Brustkorb
- Beine  Arme  Bauch

**Wie sind Sie auf unser Kinderwunschzentrum aufmerksam geworden?**

- Frauenärztin/ Frauenarzt
- Urologin/ Urologen
- Internet, mit welcher Stichwortsuche?
- \_\_\_\_\_
- Freunde/ Bekannte/ Familie
- Arbeitskollegin/ Arbeitskollege
- Sonstige: \_\_\_\_\_

**Mit der Angabe Ihrer E-Mailadresse geben Sie Ihr Einverständnis zu einem unverschlüsselten E-Mail-Kontakt.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Vielen Dank 😊!



**Kinderwunschzentrum Münster**  
Schwerpunkt für gynäkologische Endokrinologie,  
Reproduktionsmedizin und Andrologie

**Dr. med. Caroline Niehoff**  
**Prof. Dr. med. Axel Kamischke**  
**Dr. med. Birgit Schönfeld**  
**Dr. med. Wiebke Thomas**  
Fachärzte für Gynäkologie & Geburtsmedizin  
Reproduktionsmedizin | Endokrinologie | Andrologie

**Monika Ewert-Rühl**  
**Dr. rer. nat. Martin Pfeiffer**  
**Alexandra Beune**  
Reproduktionsbiologie



### Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

**Name der Patientin / Frau, Geb.-Datum:** \_\_\_\_\_

Mit der Blutentnahme für Hepatitis B und C und einen HIV-Test bin ich einverstanden.

Diese Einwilligung wird für folgende Behandlungen (-Verträge) erteilt: (Unzutreffendes bitte streichen)

- Blutentnahmen
- Mikrobiologische Untersuchungen
- Ultraschall
- IVF-Therapie
- Kryokonservierung

Im Rahmen dieser Einwilligung, bin ich damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Ich erkläre mich einverstanden, dass eine Kopie meines Personalausweises (entsprechend § 5 TPG) in der Akte hinterlegt werden darf.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger, Gynäkologen, Hausärzte, Ehepartner bzw. Lebensgefährten/in auch unverschlüsselt per E-Mail und SMS übermittelt werden. Ebenso darf das MVZ zu Statistikzwecken die Daten zu einer im Rahmen der Kinderwunschbehandlung entstandenen Schwangerschaft und deren Verlauf bei meinem behandelnden Gynäkologen erfragen.

Die Weitergabe von Behandlungsdaten an die zuständigen Kreis- und Landesbehörden, Apotheken, Ärztekammer und an das Deutsche IVF-Register (D.I.R.), die zum Teil auch gesetzlich vorgeschrieben ist, geschieht in **anonymisierter/pseudonymisierter** Form. Spezielle medizinische Details dürfen in fachlichen Publikationen verwendet werden.

Es wird sichergestellt, dass alle Daten im Falle einer Schließung der Praxis weiterhin nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen abrufbar sind.

\_\_\_\_\_,den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patientin