Patienten-Fragebogen zur Sterilitätsbehandlung: Patientin

**Kommen Sie zur ersten Besprechung wenn möglich zusammen mit Ihrem Partner.**

**Bitte den Fragebogen vor der ersten Konsultation ausfüllen und an uns zurück senden.**

Personalien

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |       | Vorname |       |
| Geburtsdatum |       | Beruf |       |
| Strasse |       | PLZ / Ort |       |
| Telefon |       | E-Mail |       |
| Hausarzt |                      | Frauenarzt |                      |

Fertilitätsanamnese

|  |  |
| --- | --- |
| Seit wann sind Sie mit Ihrem Partner zusammen? |       |
| Familienstand? |       |
| Seit wann versuchen Sie aktiv schwanger zu werden? |       |
| Waren Sie bereits einmal schwanger? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Wenn ja:  |       |
| Geburten (in welchem Jahr) |
| Fehlgeburten (im wievielten Monat) |       |
| Eileiterschwangerschaften (in welchem Jahr) |       |
| Schwangerschaftsunterbrechungen (in welchem Jahr) |       |
| Wie häufig haben Sie Geschlechtsverkehr? | Durchschnittlich    Mal [ ]  pro Woche [ ]  pro Monat |
| Waren Sie schon einmal wegen Ihres Kinderwunsches in Behandlung?Wenn ja: Wann und wie lange? | [ ]  ja [ ]  nein(Unterlagen bitte mitsenden)      |
| Name und Adresse der bisher behandelnden Ärzte |                      |
| Bisherige Abklärungen und Behandlungen(Unterlagen bitte mitsenden) |                           |

Persönliche Anamnese

|  |  |
| --- | --- |
| Sind Sie gesund?Wenn nein: Welche schweren Krankheiten haben Sie durchgemacht? | [ ]  ja [ ]  nein           |
| Wurden Sie schon einmal/mehrmals operiert?Wenn ja: Welche Operationen und wann? | [ ]  ja [ ]  nein            |
| Haben Sie Geschwister? Wenn ja: Wie viele? | [ ]  ja [ ]  nein      |
| Bestehen schwere Krankheiten in der Familie?Wenn ja: Welche? | [ ]  ja [ ]  nein      |
| Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja: Welche? | [ ]  ja [ ]  nein       |
| Haben Sie Allergien? (inkl. gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Latex, Desinfektionsmittel etc.)Wenn ja: Welche? | [ ]  ja [ ]  nein            |
| In welchem Alter hatten Sie die erste Menstruation? |       |
| Hatten Sie schon einmal während mehr als 3 Monaten keine Blutung? | [ ]  ja [ ]  nein  |
| Gewichtsschwankungen seit der Pubertät | Gewicht: mind.       max.       |
| Haben Sie früher mit der Antibabypillen verhütet? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Haben Sie früher mit der Spirale verhütet? | [ ]  ja [ ]  nein |
| War Ihr Zyklus in den letzten Jahren ohne Einnahme von Medikamenten regelmässig? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Zykluslänge | Zwischen       und       Tage |
| Blutungsdauer | Anzahl Tage       |
| Blutungsstärke | [ ]  stark [ ]  mittel [ ]  schwach |
| Hat sich das Blutungsverhalten geändert? | [ ]  ja [ ]  nein |
| Überwachen Sie den Eisprung (Clearblue, LH-Test, Temperaturkurve)? | [ ]  ja [ ]  nein |

Sozialanamnese

|  |  |
| --- | --- |
| Was ist Ihre berufliche Tätigkeit? |       |
| Reisen Sie viel (Abwesenheit von zu Hause)? |       |
| Wie fühlen Sie sich in der jetzigen Lebenssituation? | [ ]  gut ausgelastet [ ]  eher überlastet [ ]  eher unterfordert |
| Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung? Wenn ja: Von wann bis wann? | [ ] ja [ ]  nein           |
| Name und Adresse des Therapeuten: |                 |