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: |  |