

Fragebogen Patient:in

ID: _____

Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig und gut lesbar aus.

Vorname	Nachname
Herkunftsland	Beruf
Familienstand	Geburtsdatum

Kinderwunsch und körperliche Angaben:

Unerfüllter Kinderwunsch seit	_____ Monaten	☐ derzeit noch nicht
Gewünschte Kinderzahl	_____	
Körpergröße und Gewicht	_____ cm	_____ kg
Rauchen	☐ nein ☐ Ja, etwa ____ pro Tag	
Alkohol	☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig	
Drogen	☐ nein ☐ Ja, welche: _____	
Einnahme von Folsäure	☐ ja ☐ nein	

Medikamente

Regelmäßig oder aktuell eingenommene Medikamente

Medizinische Vorgeschichte

Voroperationen
Vorerkrankungen / Allergien
Psychische oder neurologische Erkrankungen
Infektionserkrankungen einschließlich sexuell übertragbarer Krankheiten
Auslandsaufenthalte außerhalb Europas in den vergangenen 12 Monaten

Gynäkologische Angaben & Zyklusanamnese

Zyklusdauer	_____ Tage
Schmerzen bei der Regelblutung	
☐ ja	☐ nein
Name der/des Frauenärzt:in	_____
Letzte Vorsorgeuntersuchung	am _____
Schwangerschaften – bitte Jahr und Ausgang angeben, z.B. Geburt, Fehlgeburt, Ausschabung oder Eileiterschwangerschaft	
Bereits erfolgte Kinderwunschbehandlung	
Was möchten Sie uns außerdem über sich mitteilen	

Hiermit bestätige ich, dass ich alle gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht habe.

Berlin, _____

Unterschrift Patient:in