



**Fragebogen für die Frau**

Name .....Vorname .....Geb.-Datum .....

Straße .....PLZ ..... Ort .....

Telefon - Nr. privat .....mobil ..... geschäftlich .....

Krankenkasse ..... Beruf .....

Frauenarzt/-ärztin ..... E-Mail .....

Sind Sie mit Ihrem Partner verheiratet?  ja  nein

Termin am ..... um .....

Dr. Behrens  
 Dr. Wiedmann

Dr. Hammel  
 PD Dr. Freis

Dr. Treutlein

1. Wie alt waren Sie bei Beginn der monatlichen Blutung? ca. .... Jahre

2. Wann hat bei Ihnen die Brustentwicklung eingesetzt? mit ca. .... Jahren

3. Wann hat bei Ihnen die Entwicklung der Scham- und Achselbehaarung eingesetzt?  
mit ca. ....Jahren

4. Hatten Sie jemals regelmäßige Monatsblutungen auch ohne Hormonpräparate (z.B. Pille)  
 ja  nein

5. Sind Ihre Blutungen regelmäßig und wie war in letzter Zeit der Abstand vom 1. Tag der Regel bis zum nächsten 1. Tag der Regelblutung ohne Einnahme von Medikamenten?

- regelmäßig zwischen ..... und.....Tagen
- unregelmäßig zwischen ..... und.....Tagen/Wochen/Monaten
- ich habe keine Regelblutung mehr seit .....Wochen/Monaten/Jahren

6. Wie viele Tage dauert die Regelblutung durchschnittlich? .....Tage

zusätzlich bestehen Zwischenblutungen  vor der Regelblutung  
 nach der Regelblutung

7. Wie ist die Blutungsstärke? schwach mittel stark

8. Haben Sie Unterbauchschmerzen?  nein  vor oder während der Regelblutung  
 beim Geschlechtsverkehr  
 unabhängig von der Regelblutung

9. Wann begann Ihre letzte Periodenblutung? .....

wenn Sie dies nicht mehr genau wissen, geben Sie bitte den Monat oder das Jahr an.....

10. Halten Sie Ihr Körpergewicht eher konstant oder neigen Sie zu stärkeren Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?

- konstant  eher Schwankungen Ihre Körpergröße ..... cm
- eher Zunahme  eher Abnahme Ihr Körpergewicht ..... kg

**11. Hatten Sie Erkrankungen an der Brust?**  nein  ja  
Falls ja, welche?..... Behandlung.....

**12. Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft und Stillperiode, Abgang von Flüssigkeit aus Ihrer Brust bemerkt?**  nein  ja, .....

**13. Waren Sie schon einmal schwanger ?**  nein falls ja,  
Geburten, Jahr und Monat 1.....(Jahr)  
2.....(Jahr)  
3.....(Jahr)  
Fehlgeburten: 1.....(Jahr), wievielter Monat? .....  
2.....(Jahr), wievielter Monat? .....  
3.....(Jahr), wievielter Monat? .....  
Schwangerschaftsabbrüche : 1.....(Jahr), wievielter Monat?  
2.....(Jahr), wievielter Monat?  
Eileiterschwangerschaften 1.....(Jahr)  links  rechts  
Therapie .....  
2.....(Jahr)  links  rechts  
Therapie .....

**14. Sind im Rahmen früherer Schwangerschaften Besonderheiten aufgetreten?**  nein  
 Probleme bei der Entwicklung des Mutterkuchens (Plazenta)  
 Fieber/Entzündung im Wochenbett/nach Abort

**15. Wie lange besteht Ihr Kinderwunsch jetzt?** seit ..... Jahren

**16. Haben Sie Probleme bei der Ausübung des Sexualverkehrs (z.B. räumliche Trennung vom Partner, Schmerzen, organische Schwierigkeiten), die Ihrer Meinung nach für die Kinderlosigkeit von Bedeutung sein könnten?**  
 nein  ja, .....

**17. Hatten oder haben Sie Unterleibserkrankungen?**  nein falls ja,  
 Blinddarmentzündung/OP  
 Eierstockzysten  
 Endometriose  
 Myome  
 Eierstock/Eileiterentzündung  
 flüssigkeitsgefüllte Eileiter  
In welchem Jahr.....  
Wie wurde behandelt (Medikamente/Operation)? .....

**18. Wurden bei Ihnen bereits Untersuchungen der Gebärmutter oder Eileiter durchgeführt?**  nein  
falls ja, wann wo  
 Bauchspiegelung (Laparoskopie) mit Prüfung der Eileiter .....  
 Röntgenkontrastuntersuchung der Eileiter .....  
 Gebärmutterspiegelung .....

Ergebnis:.....

**19. Haben Sie eine Zunahme der Körperbehaarung bemerkt?**  nein  
falls ja, seit wann? .....

wo?  Gesicht  Brust  Bauch  Rücken  Oberschenkel

wie beurteilen Sie die Stärke?  schwach  mittel  stark

**20. Leiden Sie unter verstärktem Haarausfall im Kopfbereich?**  nein  
falls ja, seit wann? .....

wie beurteilen Sie die Stärke?  schwach  mittel  stark

**21. Leiden Sie unter Akne?**  nein  
falls ja, seit wann? .....

wo?  Gesicht  Brust  Rücken

wie beurteilen Sie die Stärke?  schwach  mittel  stark

**22. Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung** ...../..... Ergebnis:  unauffällig  auffällig

**23. Haben Sie Hormonpräparate wie z.B. zyklusregulierende Präparate (Antibabypille) eingenommen?**

|         |                             |                               |           |
|---------|-----------------------------|-------------------------------|-----------|
|         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | falls ja, |
| Med.    | von - bis                   | Med.                          | von - bis |
| 1. .... |                             | 2. ....                       |           |
| 3. .... |                             |                               |           |

**24 Haben Sie jemals einen Intrauterinpeessar (IUP,Spirale) getragen?**

nein  ja, von.....bis.....

**25. Welche Behandlungsformen Ihres Kinderwunsches wurden bisher durchgeführt?**  keine

|   | wie oft | wo | von – bis |
|---|---------|----|-----------|
| <input type="checkbox"/> Tabletten zur Eizellreifung      | .....   |    |           |
| <input type="checkbox"/> Hormonspritzen zur Eizellreifung | .....   |    |           |
| <input type="checkbox"/> Insemination                     | .....   |    |           |
| <input type="checkbox"/> IVF                              | .....   |    |           |
| <input type="checkbox"/> ICSI                             | .....   |    |           |

**26. Hatten oder haben sie eine der folgenden Erkrankungen?**  keine

|  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung            | <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung           | <input type="checkbox"/> Nebennierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie                 | <input type="checkbox"/> Migräne                    | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung      |
| <input type="checkbox"/> Herz-,Kreislauf-, Gefäßerkrankung | <input type="checkbox"/> Epileptische Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung       |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern                       | <input type="checkbox"/> Krebs/andere Tumore        | <input type="checkbox"/> Seelische Erkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Asthma/ Chron. Bronchitis         | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung      | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Andere:.....                      |   |  |

.....

**27. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  nein  
Falls ja, welche? ..... wofür ? .....  
..... wofür ? .....  
..... wofür ? .....

**28. Sind bei Ihnen Allergien bekannt (Medikamente, Substanzen)?**  nein  
falls ja, gegen.....

**29. Sind oder waren Sie (z.B. an Ihrem Arbeitsplatz oder Wohnort) längere Zeit folgenden Faktoren ausgesetzt?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lärm                               | <input type="checkbox"/> Staub, Gas bzw. andere Luftverunreinigungen |
| <input type="checkbox"/> organische Lösungsmittel           | <input type="checkbox"/> Pestizide (Pflanzenschutzmittel)            |
| <input type="checkbox"/> Blei- oder Quecksilberverbindungen | <input type="checkbox"/> Leder-, Holz-, Textilschutzmittel           |

**30. Rauchen Sie ?**  nein  1-5 Zig./Tag  5-15 Zig./Tag  mehr, ca. ..../Tag

**31. Trinken Sie Alkohol?**  nie  gelegentlich  regelmäßig

**32. Treiben Sie Sport?** Falls ja, welche Sportarten?.....

**33. Sind in Ihrer Familie bei Blutsverwandten gehäuft folgende Erkrankungen aufgetreten?** nein

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Thrombosen   | <input type="checkbox"/> ungewollte Kinderlosigkeit | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> vererbliche Erkrankungen ( z.B. Mukoviszidose, Muskeldystrophie) |   |  |
| <input type="checkbox"/> andere.....  |   |  |

**34. Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?**

nein falls ja, wann zuletzt?.....

**35. Sind Sie 2x gegen Röteln geimpft?**  nein  Ja (bitte Impfpass, oder einen schriftlichen Befund mitbringen)

Falls eine Blutuntersuchung zum Nachweis des Röteln-Schutzes durchgeführt wurde, bitte Befund mitbringen

**36. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

- auf Empfehlung/Überweisung eines Arztes/Ärztin ( Name.....)
- auf Empfehlung von Freunden/Bekanntem
- Information aus dem Telefonbuch
- Information aus dem Internet
- andere.....

Bemerkungen: .....  
.....  
.....