



Fragebogen für die Wunsch-Mutter

NameVornameGeb.-Datum

StraßePLZ Ort

Telefon - Nr. privatHandy geschäftlich

Krankenkasse Beruf

Frauenarzt/-ärztin E-Mail

Sind Sie mit Ihrer Partnerin verpartnert/verheiratet? ja nein

Termin am um

Dr. Behrens Dr. Hamori Dr. Hammel
 Dr. Treutlein Dr. Wiedmann PD Dr. Freis

Personalbogen für die Co-Mutter

NameVornameGeb.-Datum

StraßePLZ Ort

Telefon - Nr. privatmobil geschäftlich

Krankenkasse Beruf

Frauenarzt/-ärztin E-Mail

Folgende Fragen müssen von der Wunschmutter ausgefüllt werden:

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 seitWochen/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 ggf. 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 ggf. früherer Schwangerschaften Besonderheiten aufgetreten? nein

Probleme bei der Entwicklung des Mutterkuchens (Plazenta)
 Fieber/Entzündung im Wochenbett/nach Abort

15. 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)?

.....

16. 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:.....

17. 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

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

wie beurteilen Sie die Stärke? schwach mittel stark

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

wo? Gesicht Brust Rücken
 wie beurteilen Sie die Stärke? schwach mittel stark

20. Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung/..... Ergebnis: unauffällig auffällig

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

ja nein falls ja,
 Med. von - bis Med. von - bis
 1. 2.
 3.

22. Haben Sie jemals einen Intrauterinpessar (IUP,Spirale) getragen?

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

23. Welche Behandlungsformen Ihres Kinderwunsches wurden ggf. 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-, Gefäßkrankung | <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 |

Andere:.....

24. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein

Falls ja, welche? wofür ?

..... wofür ?

..... wofür ?

25. Sind bei Ihnen Allergien bekannt (Medikamente, Substanzen)? nein

falls ja, gegen.....

26. 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 |

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

28. Trinken Sie Alkohol? nie gelegentlich regelmäßig

29. Treiben Sie Sport? Falls ja, welche Sportarten?.....

30. 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..... | | |

31. Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?

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

32. Sind Sie 2x gegen Röteln geimpft? ja nein

Falls ja, bitte Impfpass, oder einen schriftlichen Befund mitbringen
 Falls eine Blutuntersuchung zum Nachweis des Röteln-Schutzes durchgeführt wurde, bitte Befund mitbringen

33. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

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

Bemerkungen:

.....

.....