



# Patienten-Fragebogen für Alleinstehende mit Kinderwunsch

## Allgemeine Daten

Vor- und Nachname ..... Geburtsdatum .....

Strasse, Hausnr. .... Beruf .....

PLZ und Ort ..... E-Mail .....

Telefon (tagsüber) .....

## Unsere Fragen an Sie

Ihre Größe? .....

Ihr Gewicht? .....

Periode / Monatszyklus: ☐ Unregelmäßig ☐ Regelmäßig: Alle ..... Tage und dauert ..... Tage

Seit wann etwa (Jahr) versuchen Sie, schwanger zu werden? .....

Sind Sie deswegen bereits behandelt worden? ☐ Ja ☐ Nein

Von wem, wann und wie wurden Sie behandelt? .....

Waren Sie bereits schwanger? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte Jahr angeben: Abbrüche ..... Eileiterschwangerschaften ..... Fehlgeburten ..... Geburten .....

Haben Sie Allergien? ☐ Ja ☐ Nein

Welche? .....

Nehmen Sie Medikamente? ☐ Ja ☐ Nein

Bitte genauen Namen, Stärke und Dosierung angeben: .....

Leiden Sie an ernsten Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein

Welche? .....

Haben Sie wichtige Voroperationen? ☐ Ja ☐ Nein

Welche und wann (Jahr?) .....

Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft? ☐ Ja ☐ Nein

Wann und mit welchem Ergebnis? .....

Wurde bei Ihnen eine Sterilisation durchgeführt? ☐ Ja ☐ Nein Wann? .....

Liegt ein ausreichender Schutz (2-malige Impfung) gegen Masern und Röteln vor? ☐ Ja ☐ Nein

Rauchen Sie Zigaretten? ☐ Ja ☐ Nein Wie viele Zigaretten am Tag? .....

Dürfen wir Ihre angegebenen Ärzte über Behandlungsergebnisse schriftlich informieren? ☐ Ja ☐ Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? ☐ Anderer Arzt ☐ Buch ☐ Bekannte ☐ Internet ☐ Podcast ☐ Radio-Werbung  
☐ Social Media ☐ Zeitung ☐ Sonstiges: .....