

Sehr geehrte Patientin! Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig und leserlich aus!

Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ /Ort:	
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail:	
Beruf	
Krankenversicherung:	

Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?

Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____

Sind Sie miteinander verheiratet?
 Ja Nein

Gewicht: _____ **und** **Größe:** _____

Seit wann haben Sie Kinderwunsch?
 Monat/ Jahr: _____

Haben Sie Allergien? Nein
 Ja: _____

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?
 Medikament: _____ Grund: _____

Rauchen Sie? Nein
 Ja, Anzahl Zigaretten pro Tag _____
 E-Zigarette Shisha

Konsumieren Sie weitere Genussmittel?
 Ja, welche? _____ Nein
 wie häufig? _____

Waren Sie bereits Schwanger? Nein
 Ja, die Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft? _____ Monate

Monat/ Jahr	Ausgang der Schwangerschaft: Geburt (G); Kaiserschnitt (K); Fehlgeburt (F); Eileiterschw. (E); Abbruch (A)	Mit jetzigem Partner?	Nach einer Kinderwunschbehandlung?
	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> K <input type="radio"/> F <input type="radio"/> E <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> K <input type="radio"/> F <input type="radio"/> E <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> K <input type="radio"/> F <input type="radio"/> E <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> K <input type="radio"/> F <input type="radio"/> E <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Traten Komplikationen auf? Ja Nein

Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft? Nein
 Ja, wann? _____

Mit welcher Methode?
 Ultraschall Bauchspiegelung

Mit welchem Ergebnis?
 Eileiter links: durchgängig verschlossen
 Eileiter rechts: durchgängig verschlossen

Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?
 regelmäßig zwischen _____ und _____ Tagen
 unregelmäßig zwischen _____ und _____ Tagen
 zu Zeit keine Regelblutung seit _____

Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt?
 - Zwischen _____ und _____ Tagen

Haben Sie Zwischenblutungen? Ja Nein

Datum der letzten Regelblutung: _____

Haben Sie Schmerzen während der Periode?
 Ja, leicht mittel stark Nein
Wie häufig? selten geleg. immer
Nehmen Sie Schmerztabletten ein? Ja Nein

Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?
 -ca. _____ pro Woche
 -ca. _____ pro Monat

Haben Sie Beschwerden/ Probleme beim Verkehr? Nein
 Ja, welche? _____

Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Behandlung?
 Ja, seit _____ Nein
 - Falls ja, wie viele Ärzte haben Sie bereits aufgesucht? _____



Welche Behandlungen wurden bisher bei Ihnen durchgeführt?

Art der Therapie	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Insemination mit Spermien des Partners		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Insemination mit Fremdspermien		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Künstliche Befruchtung IVF		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Künstliche Befruchtung mit Microinjektion ICSI		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Andere:		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Welche Medikamente haben Sie erhalten?

Wenn bei Ihnen bereits eine künstliche Befruchtung IVF/ ICSI oder auch ein Kryotransfer durchgeführt worden ist:

Senden Sie uns bitte möglichst Ihre Spritzenprotokolle zu.

Traten Komplikationen auf?

- Ja Nein
- Falls ja, welche?
- Blutungen Überstimulationssyndrom
- Sonstige: _____

Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?

- Ja, welche? Nein
- _____ Wann: _____
- _____ Wann: _____
- _____ Wann: _____

Wurden bereits noch andere Operationen durchgeführt?

- Ja, welche? Nein
- _____ Wann: _____
- _____ Wann: _____
- _____ Wann: _____

Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft oder Stillzeit, den Austritt von Sekret aus Ihrer Brust bemerkt?

- Ja Nein
- Ja, jedoch nur nach Provokation
- seit wann? _____
- auf welcher Seite? einseitig beidseitig
- von welcher Farbe? _____

Leiden Sie unter folgenden Symptomen?

Akne:

- Ja, seit: _____ Nein
- Leicht mittel stark
- Wo? Gesicht Rücken Brustkorb

Haarausfall:

- Ja, seit: _____ Nein
- Leicht mittel stark

Zunahme der Körperbehaarung:

- Ja, seit: _____ Nein
- Leicht mittel stark
- Wo? Gesicht Rücken Brustkorb
- Beine Arme Bauch

Wie sind Sie auf unser Kinderwunschzentrum aufmerksam geworden?

- Frauenärztin/ Frauenarzt
- Urologin/ Urologen
- Internet, mit welcher Stichwortsuche?
- _____
- Freunde/ Bekannte/ Familie
- Arbeitskollegin/ Arbeitskollege
- Sonstige: _____

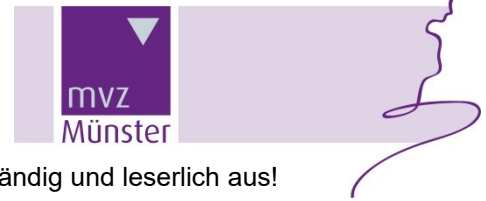
Mit der Angabe Ihrer E-Mailadresse geben Sie Ihr Einverständnis zu einem unverschlüsselten E-Mail-Kontakt.

Datum: _____

Unterschrift _____

Vielen Dank 😊!

Anamnesefragebogen Patient ♂



Sehr geehrter Patient! Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig und leserlich aus!

Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ /Ort:	
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail:	
Beruf	
Krankenversicherung:	

Wer ist Ihr behandelnder Urologe?

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Gewicht: _____ kg und Größe: _____ cm

Haben Sie Allergien?

Ja Nein
-falls ja, welche?

Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?

Ja, wann zuletzt? _____ Nein
 Normal auffällig

Wurden Sie bereits von einem Männerarzt/ Urologen/Andrologen untersucht?

Ja Nein
wann zuletzt? _____
 unauffällig auffällig

Rauchen Sie?

Ja, Anzahl Zigaretten pro Tag _____ Nein
 E-Zigarette Shisha

Konsumieren Sie weitere Genussmittel?

Ja, welche? _____ Nein
wie häufig? _____

Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?

Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Keine

Haben Sie Vorerkrankungen?

Ja, welche? _____

Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

Ja, mit jetziger Partnerin Nein
 Ja, mit früherer Partnerin

Nach einer Kinderwunschbehandlung?

Ja Nein

Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?

Ja Nein

Hatten Sie eine Hodenverletzung?

Ja, wann? _____ Nein
-falls ja, welche Therapie erfolgte?

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?

Ja, links Ja, rechts Nein
Wann? _____
-falls ja, welche Therapie erfolgte?
 keine Hormongaben Operation

Hatten Sie eine Entzündung der Hoden?

Ja, wann? _____ Nein
-falls ja, welche Therapie erfolgte?

Hatten Sie einen Hoden-Tumor?

Ja, links Ja, rechts Nein
-falls ja, wann? _____
Welche Therapie erfolgte?

Haben Sie Erektionsstörungen?

Ja Nein

Haben Sie sich sterilisieren lassen?

Ja, wann? _____ Nein

Hatten Sie Krampfadern am Hoden?

Ja, links Ja, rechts Nein

Gab es andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?

Ja, wann? _____ Nein
-falls ja, welche?

_____ Jahr: _____

Mit der Angabe Ihrer E-Mailadresse geben Sie Ihr Einverständnis zu einem unverschlüsselten E-Mail-Kontakt.

Datum: _____

Unterschrift _____



Kinderwunschzentrum Münster
Schwerpunkt für gynäkologische Endokrinologie,
Reproduktionsmedizin und Andrologie

Dr. med. Caroline Niehoff
Prof. Dr. med. Axel Kamischke
Dr. med. Birgit Schönfeld
Dr. med. Wiebke Thomas
Fachärzte für Gynäkologie & Geburtsmedizin
Reproduktionsmedizin | Endokrinologie | Andrologie

Monika Ewert-Rühl
Dr. rer. nat. Martin Pfeiffer
Alexandra Beune
Reproduktionsbiologie



Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Name der Patientin / Frau, Geb.-Datum: _____

Name des Patienten / Mann, Geb.-Datum: _____

Mit der Blutentnahme für Hepatitis B und C und einen HIV-Test bin ich einverstanden.

Diese Einwilligung wird für folgende Behandlungen (-Verträge) erteilt: (Unzutreffendes bitte streichen)

- | | |
|-----------------------------------|---------------------|
| - Blutentnahmen | - Kremer |
| - Mikrobiologische Untersuchungen | - Insemination |
| - Spermiogramm | - IVF/ ICSI |
| - Ultraschall | - Kryokonservierung |

Im Rahmen dieser Einwilligung, bin ich damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Ich erkläre mich einverstanden, dass eine Kopie meines Personalausweises (entsprechend § 5 TPG) in der Akte hinterlegt werden darf.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an Dritte, z. B. Kostenträger, Gynäkologen, Hausärzte, Ehepartner bzw. Lebensgefährten/in auch unverschlüsselt per E-Mail und SMS übermittelt werden. Ebenso darf das MVZ zu Statistikzwecken die Daten zu einer im Rahmen der Kinderwunschbehandlung entstandenen Schwangerschaft und deren Verlauf bei meinem behandelnden Gynäkologen erfragen.

Die Weitergabe von Behandlungsdaten an die zuständigen Kreis- und Landesbehörden, Apotheken, Ärztekammer und an das Deutsche IVF-Register (D.I.R.), die zum Teil auch gesetzlich vorgeschrieben ist, geschieht in **anonymisierter/pseudonymisierter** Form. Spezielle medizinische Details dürfen in fachlichen Publikationen verwendet werden.

Es wird sichergestellt, dass alle Daten im Falle einer Schließung der Praxis weiterhin nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen abrufbar sind.

_____,den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift Patientin/ Frau)

_____,den _____
(Ort) (Datum)

(Unterschrift Patient/ Mann)



Kinderwunschzentrum Münster
Schwerpunkt für gynäkologische Endokrinologie,
Reproduktionsmedizin und Andrologie

Dr. med. Caroline Niehoff
Prof. Dr. med. Axel Kamischke
Dr. med. Birgit Schönfeld
Dr. med. Wiebke Thomas
Fachärzte für Gynäkologie & Geburtsmedizin
Reproduktionsmedizin | Endokrinologie | Andrologie

Monika Ewert-Rühl
Dr. rer. nat. Martin Pfeiffer
Alexandra Beune
Reproduktionsbiologie



Information zum Screening auf Zytomegalie (Cytomegalie-Virus=CMV)

Liebe Kinderwunschpatientin!

Wir möchten Sie über die unten aufgeführte Untersuchung vorab informieren und bitten Sie alles aufmerksam zu lesen und diesen Zettel zu Ihrem Termin mitzubringen.

Die Zytomegalie ist eine Infektionserkrankung, die durch das Zytomegalie-Virus (Cytomegalie-Virus: abgekürzt CMV) verursacht wird.

In den meisten Fällen verläuft eine CMV-Infektion unbemerkt oder mit unspezifischen Symptomen (wie Abgeschlagenheit, Fieber, Husten).

Bei Schwangeren kann bei einer Erstinfektion das Virus auf das ungeborene Kind übertragen werden (kongenitale CMV-Infektion) und dort - besonders zu Beginn der Schwangerschaft - zu schweren Schädigungen führen. Die so genannte kongenitale CMV-Erstinfektion ist die häufigste infektiöse Ursache für geistige Behinderung und nicht-erbliche Hörstörungen im Kindesalter.

Etwas mehr als die Hälfte aller Frauen im gebärfähigen Alter hat noch keine Infektion mit dem Zytomegalie-Virus durchgemacht und ist deshalb nicht vor einer Erstinfektion geschützt. Etwa eine von 100 ungeschützten Frauen infiziert sich erstmals mit CMV in der Schwangerschaft.

Um festzustellen, ob Sie bereits eine Infektion mit Zytomegalie hatten (und somit schon eine Erstinfektion durchlebt haben), möchten wir Ihnen anbieten, vor der Kinderwunschtherapie einen Antikörpertest durchzuführen. Sollte dieser Test zeigen, dass Sie noch keine Antikörper haben, werden wir Sie darüber informieren. Im Falle einer Frühschwangerschaft sollte dann ein erneuter Test durchgeführt werden, um im Falle einer frischen Infektion rechtzeitig eine Therapie zum Schutz des Ungeborenen einzuleiten.

Dieser CMV-Antikörpertest wird derzeit leider noch nicht von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert.

Ihr Kinderwunschzentrum Münster