



Kinderwunsch Fragebogen

Nachname..... Vorname..... Geburtsdatum.....

Alter..... Gewicht.....kg Größe.....cm BMI.....

Waren Sie schon schwanger? Ja Nein

Wenn ja, wie ist diese Schwangerschaft verlaufen?

Schwangerschaftabbruch Medikamentös Operativ Wann?

verhaltene Abort Wann? In welcher Schwangerschaftswoche?

lebend Geburt Spontan prim. Sectio sec. Sect Wann?.....

Totgeburt Wann? In welcher Schwangerschaftswoche?

Wie lange sind Sie schon zusammen bzw. Verheiratet?

Wie lange besteht der Kinderwunsch?

Haben Sie zuvor verhütet? Ja Nein Wie? Wie lange?

Wie häufig haben Sie Geschlechtsverkehr?

täglich mehrmals die Woche wöchentlich einmal monatlich 1-2x

weniger als 1x pro Monat

Welche Medikamente haben Sie in der Vergangenheit eingenommen?

Welche Medikamente nehmen Sie heute?

Sind Sie schon mal operiert worden? Ja Nein

Welchen Beruf üben Sie aus?

Rauchen Sie? Nein Ja Wieviel?

Trinken Sie Alkohol? Nein Ja Wieviel?

In welchem Alter hatten Sie erstmals die Regelblutung?

In welchem Zeitintervall tritt die Blutung auf?

Ist die Blutung sehr schmerzhaft?

Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

Ist die Schilddrüsenfunktion schon einmal überprüft worden? Nein Ja

Kontakte: Telefonnummer:

Email: