



## Fragebogen Frau ♀

Wir würden uns freuen, wenn Sie diesen Fragebogen vor Ihrem Beratungstermin ausgefüllt an uns zurücksenden könnten. Sollten Sie bereits Vorbefunde anderer Ärzte haben, senden Sie uns auch diese gerne vorab zu.

Vielen Dank!

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_  
Geburtsort \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_  
Telefonnummer \_\_\_\_\_ Handy-Nr. \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
Krankenversicherung \_\_\_\_\_ Beihilfeanspruch \_\_\_\_\_  
Email-Adresse \_\_\_\_\_  
Frauenärztin/-arzt (inkl. Adresse) \_\_\_\_\_  
Hausärztin/-arzt (inkl. Adresse) \_\_\_\_\_  
Familienstand    Verheiratet     Ledig     Geschieden   
Körpergröße \_\_\_\_\_ cm                      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Wodurch haben Sie von uns gehört?	<input type="checkbox"/> Frauenarzt/ -ärztin <input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> Hausarzt/ -ärztin <input type="checkbox"/> Zeitung	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Sonstiges
Seit wann haben Sie Kinderwunsch mit Ihrem Partner und verhüten nicht?			
Haben Sie eine Vermutung, warum Ihr Kinderwunsch bislang unerfüllt geblieben ist?			
Ist Ihr Zyklus regelmäßig?	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> alle _____ Tage
Haben Sie Kinder geboren? Hatten Sie Fehlgeburten, Abbrüche oder Eileiterschwangerschaften? Wenn ja, wann?			
Wurde bei Ihnen bereits eine Kinderwunschtherapie durchgeführt? Wenn ja, welche?			
Krankheiten/Operationen			
Erbkrankheiten in der Familie			
Aktuelle Medikamente			
Allergien			
Nikotin	<input type="checkbox"/> Zigaretten _____ Anzahl pro Tag		
Häufigkeit Geschlechtsverkehr	_____ Mal <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat <input type="checkbox"/> sehr selten		