green-ivf
Grevenbroicher Endokrinologie- & IVF-Zentrum

REPRO ♀ MED

Name:	Geburtsdatum:	Beruf:

Ihr Familienstand ist:

☐ ledig ☐ verheiratet mit:

Frauenärztin/-arzt:

Hausärztin/-arzt:

Ihre Größe (cm): Ihr Gewicht (kg):

Letzte Krebsvorsorge:

Rauchen Sie?

☐ Ja ☐ Nein Wie viele am Tag?

Seit wann besteht der Kinderwunsch in dieser Partnerschaft?

In welchen Abständen kommt Ihre Monatsblutung?

Ovulationshemmer bis:
Spirale bis:
Andere Verhütungsmittel bis:

Die Blutung dauert Tage und ist

☐ normal ☐ stark
☐ schwach ☐ schmerzhaft

Ihr Weg zu green-ivf:

☐ Frauenarzt
☐ Internet
☐ Empfehlung
☐ Sonstiges

Haben Sie schon Kinder geboren?

- aus dieser Partnerschaft? ☐ Ja ☐ Nein Wann?
- aus anderer Partnerschaft? ☐ Ja ☐ Nein Wann?

Hatten Sie schon eine oder mehrere Fehlgeburt(en)?

☐ Ja ☐ Nein
☐ aus dieser Partnerschaft Wann?
☐ aus anderer Partnerschaft Wann?

Haben Sie schon spezielle Kinderwunschbehandlungen durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche, wann?

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose? ☐ Ja ☐ Nein ☐ unsicher

Hatten oder haben Sie behandlungsbedürftige Vorerkrankungen, Operationen?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?

Empfinden Sie den Kinderwunsch als seelische Belastung? Bitte ankreuzen:

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
keine mittel stark

Wie beurteilen Sie die Intensität des Kinderwunsches? Bitte ankreuzen:

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
gering mittel hoch

Gibt es in Ihrer Familie besondere Erkrankungen, wie Zuckerkrankheit, Thrombosen/Embolien o.ä.?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche?

Blatt bitte wenden

REPRO ♂ MED

Name:	Geburtsdatum:	Beruf:

Ihr Familienstand ist:

☐ ledig ☐ verheiratet mit:

Ihre Größe (cm): Ihr Gewicht (kg):

Urologin/Urologe:

Hausärztin/-arzt:

Rauchen Sie?

☐ Ja ☐ Nein Wie viele am Tag?

Haben Sie Kinder aus anderer Partnerschaft?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wann?

Hatten oder haben Sie Vorerkrankungen?
(z.B. Diabetes, Thrombose, Bluthochdruck, schwere Verläufe von Kinderkrankheiten, Hodenhochstand etc.)

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche, wann?

Hatten Sie schon Operationen? Wenn ja, welche und wann?

Sind Sperma-Untersuchungen durchgeführt worden?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wann?

Empfinden Sie den Kinderwunsch als seelische Belastung? Bitte ankreuzen:

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
keine mittel stark

Wie beurteilen Sie die Intensität des Kinderwunsches? Bitte ankreuzen:

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
gering mittel hoch

Gibt es in Ihrer Familie besondere Erkrankungen?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, welche? _____

Für beide Partner!

Wie stark beeinträchtigt Ihr Kinderwunsch Ihre Partnerschaft (z.B. das Sexualleben)? Bitte ankreuzen:

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
keine mittel stark

Verspüren Sie das Bedürfnis nach einer psychologischen Begleitung?

☐ Ja ☐ Nein

Sonstige Bemerkungen / Anregungen / Wünsche: