



Name:		Geburtsdatum:		Beruf:	
Ihr Familienstand ist: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet mit:				Frauenärztin/-arzt:	
				Hausärztin/-arzt:	
Ihre Größe (cm):		Ihr Gewicht (kg):		Letzte Krebsvorsorge:	
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wie viele am Tag?				Seit wann besteht der Kinderwunsch in dieser Partnerschaft?	
In welchen Abständen kommt Ihre Monatsblutung?		Die Blutung dauert und ist:		Tage	
		<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> stark		Ihr Weg zu green-ivf:	
Ovulationshemmer bis: Spirale bis: Andere Verhütungsmittel bis:		<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> schmerzhaft		<input type="checkbox"/> Frauenarzt	
				<input type="checkbox"/> Internet	
				<input type="checkbox"/> Empfehlung	
				<input type="checkbox"/> Sonstiges:	
Haben Sie schon Kinder geboren?					
• aus dieser Partnerschaft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann?					
• aus anderer Partnerschaft? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann?					
Hatten Sie schon eine oder mehrere Fehlgeburt(en)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> aus dieser Partnerschaft Wann? <input type="checkbox"/> aus anderer Partnerschaft Wann?			Haben Sie schon spezielle Kinderwunschbehandlungen durchgeführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche, wann?		
Hatten Sie schon einmal eine Thrombose? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unsicher					
Hatten oder haben Sie behandlungsbedürftige Vorerkrankungen, Operationen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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.? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche?					



