

# Fragebogen zur Behandlung von Fertilitätsstörungen

## Fragebogen für alleinerziehende Frau / lesbische Paaren

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen.  
Während Ihres Besuchs in unserer Sprechstunde können Sie gerne weitere Ergänzungen oder Erklärungen geben.

Name .....

Geburtsdatum ..... Bsn\* .....

Versicherung\* ..... Versicherungsnummer\* .....

Adresse .....

Postleitzahl ..... Ort.....

Telefon..... Handy Nr. ....

E-Mail-Adresse .....

Name Partnerin (falls zutreffend).....

(\* Nur ausfüllen, wenn Sie in den Niederlanden wohnen und hier eine Krankenversicherung haben)

Hausarzt.....Herr / Frau

Adresse .....

Postleitzahl ..... Ort .....

Waren Sie bereits in unserer Klinik unter Behandlung?  Ja  Nein

Hatten Sie bereits reproduktionsmedizinische Behandlung(en)?  Ja  Nein

Wenn ja, wann und wo war(en) die Behandlung(en)? .....

Welche Untersuchungen wurden durchgeführt?

.....

.....

.....

.....

Hinweis: Bitte übersenden Sie vor Ihrem ersten Termin die Kopien der Unterlagen von vorherigen Untersuchungen und Behandlungen bei anderen Kinderwunschkliniken. Die Ärzte können sich so besser auf Ihren Besuch vorbereiten.

## Menstruation, hormonelle Faktoren und Fruchtbarkeit

- Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Menstruation? ..... Jahre  
Datum (erster Tag) Ihrer letzten Menstruation? .....
- Wie lange ist Ihr durchschnittlicher Zyklus? ..... Tage  
Kürzester Zyklus..... Tage. Längster Zyklus ..... Tage.
- Wie lange dauert Ihre Menstruation normalerweise? ..... Tage
- Fühlen Sie Ihre Menstruation in den Tagen davor?  Ja  Nein
- Haben Sie manchmal Zwischenblutungen?  Ja  Nein
- Blieb Ihre Menstruation jemals über einen längeren Zeitraum aus,  
oder war sehr unregelmäßig?  Ja  Nein
- Wenn ja: wann? .....wie lange?.....
- Haben Sie während der Menstruation starke Schmerzen?  Ja  Nein
- Wenn ja: nur am ersten Tag?  Ja  Nein
- Verwenden Sie Schmerzmittel?  Ja  Nein
- 
- Haben Sie übermäßigen Haarwuchs auf Gesicht, Brust oder Bauch?  Ja  Nein
- Haben Sie manchmal spontanen Flüssigkeitsverlust aus den Brustwarzen?  Ja  Nein
- Leiden Sie an Akne?  Ja  Nein
- Haben Sie jemals Verhütungsmittel verwendet?  Ja  Nein
- Wenn ja: welche Mittel? .....
- Wie lange ..... Jahre. Bis wann? .....

Wie lange sind Sie schon mit Ihrer aktuellen Partnerin zusammen? ..... Monate / Jahre  
Wie lange versuchen Sie schon schwanger zu werden? Seit ..... Monaten/Jahren

- Waren Sie jemals schwanger (einschließlich Fehlgeburten)?  Ja  Nein
- Wenn ja: wann und wie war der Verlauf der Schwangerschaft (en)?  
.....  
.....  
.....

## Beruf und Ausbildung

- Welche Nationalität haben Sie? .....
- Können Sie Niederländisch verstehen?  Ja  Nein
- Wenn nicht: Können Sie English verstehen und sprechen?  Ja  Nein
- 
- Welche Schulausbildung haben Sie? .....
- Welchen Beruf üben Sie aus?.....
- Wie viele Stunden pro Woche arbeiten Sie? .....
- Haben Sie sehr unregelmäßige Arbeitszeiten, oder sind Sie oft lange von Hause weg?  Ja  Nein

Kommen Sie in Ihrem Beruf oder Hobby in Kontakt mit Giftstoffen?  Ja  Nein  
Wenn ja: welche? .....wie häufig?.....  
Leiden Sie unter Stress oder Spannungen in Ihrer Arbeitsumgebung?  Ja  Nein

## Allgemein

Rauchen Sie?  Ja  Nein  
Wenn ja: wie viel? ..... Zigarette(n) / Tag  
Trinken Sie Alkohol?  Ja  Nein  
Wenn ja: wie viel? ..... Gläser / Woche  
Haben Sie jemals Drogen gebraucht?  Ja  Nein  
Wenn ja: was ..... bis .....  
Haben Sie eine Allergie?  Ja  Nein  
Wenn ja: wogegen? .....  
Verwenden Sie Folsäure?  Ja  Nein  
Sind Sie gegen Röteln geimpft?  Ja  Nein  
Sind Sie oder waren Sie unter fachärztliche Behandlung?  Ja  Nein  
Wenn ja: wo, wann und warum? .....  
.....  
.....

Leiden Sie unter Bluthochdruck  Ja  Nein  
Wenn ja: welches Medikament verwenden Sie hierfür? .....  
Verwenden Sie Medikamente?  Ja  Nein  
Wenn ja: wofür, welche Medikamente und in welcher Dossierung?  
.....  
.....  
.....

Hatten Sie jemals eine Entzündung im Bauch  Ja  Nein  
Wenn ja: wo im Bauch? .....  
Hatten Sie jemals eine Bauchoperation?  Ja  Nein  
Wenn ja: wann und warum? .....

Haben Sie jemals eine sexuell übertragbare Krankheit gehabt? (Chlamydien, Gonorrhö, o.ä.)  
 Ja  Nein Welche?.....  
Leiden Sie unter Scheidenausfluss?  Ja  Nein  
Haben Sie oft Juckreiz an der Scheide?  Ja  Nein  
Haben Sie oft Blutverlust, während oder nach dem Geschlechtsverkehr? Ja  Nein  n.z  
Wann wurde der letzte Gebärmutterhalsabstrich gemacht? ..... Nie  
Wenn ja: was war das Ergebnis? .....

Wie groß sind Sie? ..... cm  
Was ist Ihr Körpergewicht? ..... kg  
Folgen Sie einer Diät?  Ja  Nein  
Wenn ja: welche? .....

## Familie

Gibt es in Ihrer unmittelbaren Familie, eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen:

• Erbkrankheiten?  Ja  Nein

Wenn ja: welche? .....

• Angeborene Fehlbildungen?  Ja  Nein

Wenn ja: welche? .....

• Herz-Kreislauf-Krankheit?  Ja  Nein

Wenn ja: welche? .....

• Diabetes?  Ja  Nein

• Ungewollte Kinderlosigkeit?  Ja  Nein

Wenn ja: bei wem? .....

Wissen Sie, in welchem Alter Ihre Mutter in die Wechseljahre gekommen ist?  Ja  Nein

Wenn ja: in welchem Alter? .....

Datum: .....

Wir würden uns freuen, wenn Sie vor Ihrem ersten Besuch dieses Formular ausgefüllt an uns zurücksenden. Dies kann auf zwei verschiedene Möglichkeiten:

Scannen und per E-Mail an: [info@nijbarrahus.nl](mailto:info@nijbarrahus.nl)

Per Post an: Nij Barrahus, Heerenveenseweg 99b, 8471 ZA Wolvega, die Niederlande.

Im Voraus vielen Dank!