

Willkommen

Sehr geehrte Damen und Herren

Für Ihr Interesse an einer Beratung im 360° Kinderwunsch Zentrum Zürich bedanken wir uns recht herzlich.

Unser Konzept sieht vor, dass das ausführliche Erstgespräch des gegenseitigen Kennenlernens dient und wir Sie auf Wunsch bereits optimal und detailliert beraten dürfen.

Wir werden uns hierfür reichlich Zeit nehmen und dabei versuchen, Ihnen ein Bild von unserem Team und unserer Arbeitsweise zu vermitteln sowie gleichzeitig eine erste Bestandsaufnahme in Bezug auf Ihren Kinderwunsch vorzunehmen. Erfahrungsgemäss sind gelegentlich wichtige Details der medizinischen Vorgeschichte nicht immer präsent.

Um ideal vorbereitet in das Gespräch zu gehen, und Ihre Zeit optimal zu nutzen, wäre es daher von Vorteil, wenn Sie sich bereits vorher ein paar Gedanken zu Ihrer gesundheitlichen Situation machen könnten. Zu diesem Zweck bitten wir Sie, den nachfolgenden Fragebogen durchzuarbeiten und fehlende Informationen ggf. durch Rücksprache mit Partner oder Eltern bzw. bei ehemaligen Ärzten einzuholen.

Mit diesen Vorinformationen haben wir bereits beim Erstgespräch die Möglichkeit Sie optimal zu beraten und Ihnen mehr Zeit und Aufmerksamkeit für Ihre Fragen zu widmen!

Sollten Sie es vorziehen, einige Punkte erst im persönlichen Gespräch anzusprechen, so steht Ihnen die Möglichkeit selbstverständlich offen.

Freundliche Grüsse
Das 360° Team

Fragebogen

Angaben zur Patientin	
Name	
Adresse	
Geburtsdatum	
Telefon	
Beruf	
E-Mail	
Hausarzt	<input type="checkbox"/> Arztbericht senden
Frauenarzt	<input type="checkbox"/> Arztbericht senden

Angaben zum Partner	
Name	
Geschlecht	
Adresse	
Geburtsdatum	
Beruf	
Hausarzt	<input type="checkbox"/> Arztbericht senden

Angaben Familienstand	
Familienstand	
Partnerschaft seit	

Detaillierte Angaben zur Patientin:

Schwangerschaft und Gynäkologie	
Seit wann versuchen Sie aktiv schwanger zu werden?	
Seit wann haben Sie ungeschützten Geschlechtsverkehr?	
Wie häufig haben Sie aktuell Geschlechtsverkehr pro Woche / Monat?	
Haben Sie schon versucht, den optimalen Zeitpunkt für den Geschlechtsverkehr zu finden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wie?	
Haben Sie dafür bereits Hilfsmittel wie verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?	
Wie ist Ihr Zyklus im Normalfall?	<input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig
Wie lange ist der Abstand zwischen zwei Blutungen?	
Wie lange dauert die Blutung?	
Gibt es zusätzlich Schmierblutungen / Zwischenblutungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wann?	
Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Mens-Blutung?	
Wie stark ist die Blutung? Wie viele Tampons oder Vorlagen müssen Sie pro Tag verwenden?	
Mit Abgang von Blutklumpen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schmerzen bei der Menstruation?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig
Müssen Sie deshalb Schmerzmittel nehmen?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmässig
Führt dies zu Arbeitsausfall?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig
Haben Sie Schmerzen oder Blutabgang beim Wasserlassen oder Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig

Frühere Schwangerschaften	
Waren Sie bereits zuvor schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie ging die Schwangerschaft aus?	
Besonderheiten/Schwangerschaftsalter / Komplikationen	
Wie lange mussten Sie jeweils auf das Eintreten dieser Schwangerschaft warten?	

Frühere Kinderwunschtherapien	
Hatten Sie bereits eine Kinderwunschtherapie?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Welche Therapie?	
Wo war die Therapie?	
Wann war die Therapie?	
Erfolgte bereits eine Prüfung der Eileiterdurchgängigkeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie war das Ergebnis?	
Wurde bei Ihnen und / oder Ihrem Partner jemals eine genetische Untersuchung durchgeführt, um vererbte Krankheiten zu suchen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Verhütung	Zeitpunkt
<input type="checkbox"/> Kondom	
<input type="checkbox"/> Pille	
<input type="checkbox"/> Vaginalring (Nuvaring)	
<input type="checkbox"/> Hormon-Pflaster (Evra)	
<input type="checkbox"/> Implanon	
<input type="checkbox"/> Spirale (Kupfer)	
<input type="checkbox"/> Hormonspirale (Mirena)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Wann wurde die Verhütung abgesetzt?	

Gynäkologische Vorerkrankungen	Kommentar
<input type="checkbox"/> Eierstock- / Eileiterentzündung (Adnexitis)	
<input type="checkbox"/> Zyste am Eierstock	
<input type="checkbox"/> Endometriose	
<input type="checkbox"/> Myome	
<input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Operationen	Kommentar
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Allgemeine Vorerkrankungen	Kommentar
<input type="checkbox"/> Allergien (inklusive gegen Medikamente/ Nahrungsmittel / Latex / Desinfektionsmittel etc.) Wenn ja, welche?	
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Thrombose/Lungenembolie	
<input type="checkbox"/> Störung der Blutgerinnung	
<input type="checkbox"/> Epilepsie, Migräne, Kopfschmerzen	
<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen	
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale / Chronische Bronchitis	
<input type="checkbox"/> Magen- / Darm- / Lebererkrankungen	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	
<input type="checkbox"/> Waren Sie bereits aus anderen Gründen im Spital?	

Generelle Fragen	
Leisten Sie Schichtarbeit/Nacharbeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag und seit wann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie viele alkoholhaltige Getränke konsumieren Sie pro Woche?	
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Nehmen Sie Vitamine/Folsäure/Eisen ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind bei Ihnen oder Ihrer Familie Erbleiden bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie eine vermehrte Körperbehaarung bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie verstärkten Haarausfall bemerkt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Mühe Ihr Wunschgewicht zu halten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie unter Akne oder Hautunreinheiten?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

360 AG | Kinderwunsch Zentrum Zürich

Reproduktionsmedizin | IVF & Andrologie-Labor | Psychosomatische Beratung & Coaching | Akupunktur & TCM | Komplementärmedizin

Standort Zollikon: Alte Landstrasse 112, 8702 Zollikon | Standort Zürich-Stadelhofen: Goethestrasse 24, 8001 Zürich

Telefon: +41 (0)44 392 11 11 | Fax: +41 (0)44 392 11 15 | info@360grad.ch | www.360grad.ch

Haben Sie einen Schutz vor Röteln nach Impfung oder durchgemachter Infektion?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, was war das Resultat?	
Haben Sie einen Schutz vor Hepatitis B nach Impfung oder durchgemachter Infektion?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, was war das Resultat?	
Haben Sie schon mal einen HIV-Test machen lassen?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, was war das Resultat?	
Wann war die letzte Jahreskontrolle beim Gynäkologen?*	
Bei welchem Arzt?	
Dürfen wir allenfalls fehlende Befunde bei Ärzten und Laboren anfordern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wann war die letzte Jahreskontrolle beim Zahnarzt?	
Aktuelles Gewicht	
Grösse	

*Wenn vorhanden, bitte eine Kopie der Befunde mitbringen.

Erkrankungen in der Familie	Folgen davon
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus / "Zucker" Wenn ja, bei wem?	
<input type="checkbox"/> Thrombosen / Embolien / Blutgerinnungsstörungen Wenn ja, bei wem?	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen Wenn ja, bei wem?	
<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen Wenn ja, bei wem?	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck Wenn ja, bei wem?	

Detaillierte Angaben zum Partner (♂):

Allgemeine Vorerkrankungen	Kommentar
<input type="checkbox"/> Allergien (inklusive gegen Medikamente/ Nahrungsmittel / Latex / Desinfektionsmittel etc.) Wenn ja, welche?	
<input type="checkbox"/> Herzerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankungen	
<input type="checkbox"/> Thrombose / Lungenembolie	
<input type="checkbox"/> Störung der Blutgerinnung	
<input type="checkbox"/> Epilepsie, Migräne, Kopfschmerzen	
<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen	
<input type="checkbox"/> Asthma bronchiale / Chronische Bronchitis	
<input type="checkbox"/> Magen- / Darm- / Lebererkrankungen	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus (Zuckererkrankung)	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	
<input type="checkbox"/> Operationen	

Urologische Fragen	
Sind Sie jemals urologisch untersucht worden? Wenn ja, was wurde gefunden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Hodenhochstand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Varikozele (Krampfader des Hodens)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Unterbindung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Weitere urologische Probleme	
Haben Sie bereits eine Spermienanalyse (Spermiogramm) durchgeführt? Wenn ja, wann und bei wem?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Generelle Fragen	
Leisten Sie Schichtarbeit/Nachtarbeit?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviele Zigaretten pro Tag und seit wann?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wie viele alkoholhaltige Getränke konsumieren Sie pro Woche?	
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

360 AG | Kinderwunsch Zentrum Zürich

Reproduktionsmedizin | IVF & Andrologie-Labor | Psychosomatische Beratung & Coaching | Akupunktur & TCM | Komplementärmedizin

Standort Zollikon: Alte Landstrasse 112, 8702 Zollikon | Standort Zürich-Stadelhofen: Goethestrasse 24, 8001 Zürich

Telefon: +41 (0)44 392 11 11 | Fax: +41 (0)44 392 11 15 | info@360grad.ch | www.360grad.ch

Nehmen Sie Vitamine / Folsäure / Eisen ein?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind bei Ihnen oder Ihrer Familie Erbleiden bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sind oder waren Sie beruflich wie auch privat Schadstoffen ausgesetzt? Wenn ja, welchen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Erkrankungen in der Familie	Folgen davon
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus/"Zucker" Wenn ja, bei wem?	
<input type="checkbox"/> Thrombosen / Embolien / Blutgerinnungsstörungen Wenn ja, bei wem?	
<input type="checkbox"/> Krebserkrankungen Wenn ja, bei wem?	
<input type="checkbox"/> Herz- / Kreislauferkrankungen Wenn ja, bei wem?	
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck Wenn ja, bei wem?	

Angaben zur Familienplanung	
Haben Sie bereits Kinder oder kam es zu Fehlgeburten in früheren Beziehungen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie bereits früher einmal eine Kinderwunsch-Therapie durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Haben Sie Geschwister?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, haben diese Kinder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Mit der Speicherung meiner Daten bin ich einverstanden, ebenso mit der Anforderung von auswärtigen Befunden bei früheren Ärzten. Meine Daten dürfen innerhalb des 360° Teams weitergegeben werden, wenn dies für eine optimale interdisziplinäre und interprofessionelle Betreuung notwendig erscheint. Ebenso können Stammdaten für Fakturierung und Inkasso soweit notwendig an externe Unternehmen weitergeleitet werden.

Das Angebot einer Onlineterminbuchung macht die Speicherung von Personendaten auf webbasierten Internetservern unter Umständen auch im Ausland notwendig.

Unterschrift Patientin

Unterschrift Partner

Ort, Datum

Ort, Datum

360 AG | Kinderwunsch Zentrum Zürich

Reproduktionsmedizin | IVF & Andrologie-Labor | Psychosomatische Beratung & Coaching | Akupunktur & TCM | Komplementärmedizin
 Standort Zollikon: Alte Landstrasse 112, 8702 Zollikon | Standort Zürich-Stadelhofen: Goethestrasse 24, 8001 Zürich
 Telefon: +41 (0)44 392 11 11 | Fax: +41 (0)44 392 11 15 | info@360grad.ch | www.360grad.ch