

**Patientin (Frau)**

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Kinderwunsch seit:		Absetzen der Verhütung (wann/welches Präparat):	
Grösse:	Gewicht:	Rauchen: ja/ nein	
Medikamente/Vitamine:			
Überprüfung der Eileiter erfolgt: ja / nein		wann:	
Ergebnis:		wie: Röntgen/ Ultraschall/ Bauchspiegelung	
Voroperationen:			
Bisherige Schwangerschaften:			
Hormoneinnahme früher erfolgt (z.B. Pille): ja / nein			
Letzte Jahreskontrolle (wann/Ergebnis):			
Nebenerkrankungen:			
Erkrankungen in der Familie (insb. Brustkrebs, Thrombose/Embolie):			
Allergien:			
Zyklus: regelmässig / unregelmässig / Zwischenblutungen			
Schmerzen bei Periodenblutungen: ja / nein		Schmerzen beim Geschlechtsverkehr: ja/nein	
Wenn ja: Schmerzmitteleinnahme: ja / nein		Schmerzen beim Wasserlassen: ja / nein	
		Schmerzen beim Stuhlgang: ja / nein	
Sonstige Unterleibsschmerzen vorhanden: ja / nein			
Bisherige Kinderwunschtherapien (welche/wann/wo/erzielte Schwangerschaften?):			

## Checkliste Erstgespräch

Kommen Sie, wenn immer möglich, gemeinsam mit Ihrem Partner zum Erstgespräch. Bitte denken Sie daran, folgende Unterlagen (wenn verfügbar) mitzubringen. Falls noch nicht vorliegend, können wir die Untersuchungen bei Bedarf hier veranlassen.

### Unterlagen

- Blutuntersuchungen (u.a. Hormondiagnostik)
- Bericht der Eileiterabklärung
- Operationsberichte (z.B. Gebärmutterspiegelung, Bauchspiegelung, Bauchschnitt)
- Ihr Impfbuch und Ihre Blutgruppenkarte
- Berichte einer früheren Kinderwunsch-Therapie
- Krebs-Vorsorge (letzter PAP-Abstrich)
- Abklärung auf durchgemachte Infektionen im Blut (Mann und Frau)
- Genetische Untersuchungen (Mann und Frau)
- Spermogramm-Untersuchungen
- Andrologisch-Urologische Untersuchungsberichte

### Patient (Mann)

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Erkrankungen:		
Medikamente:		
Voroperationen (u.a. am Genitale):		
Schwangerschaften / Kinder in früherer Partnerschaft:		
Letzte urologische Untersuchung: (wann/wo/Ergebnis)		
Spermogramm bereits erstellt: ja / nein		
Grösse	Gewicht	Rauchen: Ja / nein