

Persönliche Information

Name und Geburtsdatum beider Partner

Familienstand

Medizinische Vorgeschichte

Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus? Ja Nein _____
(Abstand, Dauer der Blutung)

Haben Sie Blutungsstörungen oder Schmerzen bei der Regelblutung? Ja Nein

Waren Sie schon mal schwanger? Nein Ja _____
(Datum, Ausgang der Schwangerschaft)

Hat ihr Partner bereits Kinder gezeugt? Ja Nein

Gibt es bekannte Erkrankungen oder Operationen (beider Partner) Ja Nein

Nehmen Sie oder Ihr Partner regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Lebensstil und Gewohnheiten

Beruf und Arbeitszeiten

Stress-Level im Alltag

Ernährungsgewohnheiten

Sport/Bewegung

Alkohol- und Nikotinkonsum

Kinderwunsch-Details

Seit wann besteht der Kinderwunsch? _____

Wurde bisher verhütet? Wenn ja, wie lange?

Häufigkeit des Geschlechtsverkehrs _____

Bisherige Untersuchungen/Behandlungen

Welche Untersuchungen wurden bereits durchgeführt?

Gab es bereits Kinderwunschbehandlungen und wie war deren Verlauf ?

Psychosoziale Aspekte

Wie belastend empfinden Sie die Situation?

Haben Sie mit jemandem über Ihren unerfüllten Kinderwunsch gesprochen?

Wünschen Sie psychosoziale Beratung?

Dieser Fragebogen dient als Grundlage für ein ausführliches Gespräch und hilft, die individuelle Situation des Paares zu erfassen und die nächsten Schritte zu planen.