

Befundbogen Kinderwunsch

Name:	Geburtsdatum:	Alter:
Anschrift:	Telefon:	E-Mail:
Beruf/Tätigkeit:	☐ sitzend ☐ stehend ☐ _____	
Ärztin/Arzt:		

Seit wann besteht der Kinderwunsch?
Gibt es schon Kinder/Fehlgeburten?
Hatten Sie bereits Kinderwunsch-Versuche?

Haben Sie Beschwerden?	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Kein Schmerz Mäßiger Schmerz Starker Schmerz

Seit wann bestehen die Beschwerden?
Gibt es für Sie einen bekannten Auslöser dafür?
Wodurch werden die Beschwerden ausgelöst? (Liegen, Essen, Laufen, bestimmte Bewegung, ...)
Wodurch werden die Beschwerden gelindert? (Wärme, Medikamente, andere Therapieformen, ...)

Gibt es Traumata, Stürze oder Unfälle in der Vergangenheit? (auch Kindheit)
Gibt es Operationen? (Spiegelungen, Punktionen, Blinddarmentfernung, Kaiserschnitt, Zahn-OP, ...)
Nehmen Sie Medikamente? (dauerhaft/momentan)
Welche familiären Erkrankungen sind Ihnen bekannt?

Haben Sie Allergien?
☐ Blütenstaub ☐ Hausstaub ☐ Pflaster ☐ Lebensmittel, welche: _____
☐ _____

Risikofaktoren:
Blutgerinnungsstörung ☐ ja ☐ nein Alkohol ☐ ja ☐ nein
Hepatitis ☐ ja ☐ nein Nikotin ☐ ja ☐ nein
HIV ☐ ja ☐ nein Drogen ☐ ja ☐ nein

Berufliche Belastung:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Keine Belastung

Mäßige Belastung

Sehr hohe Belastung

Private Zufriedenheit:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Sehr zufrieden

Weder zufrieden noch unzufrieden

Sehr unzufrieden

Hobbys: _____

☐ single

☐ Beziehung

☐ verheiratet

☐ geschieden

☐ alleinerziehend

Bekannte Stressfaktoren: _____

Größe: _____

Blutdruck: _____

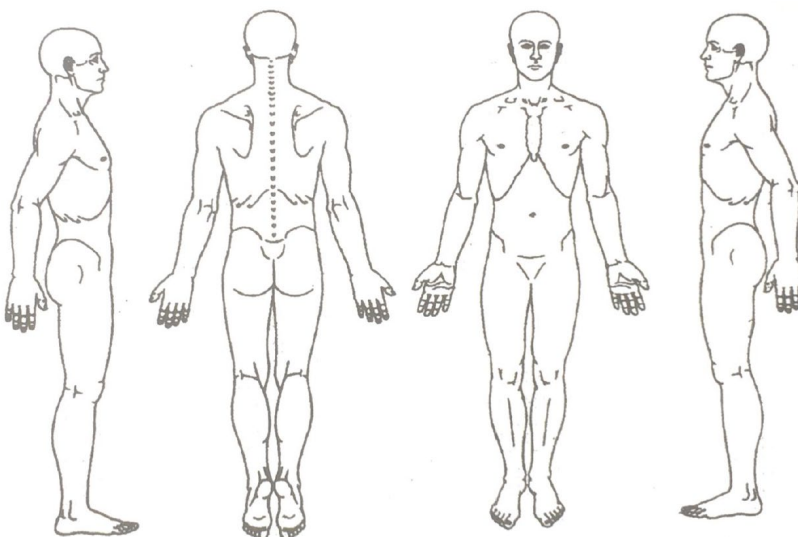
Gewicht: _____

Puls: _____

O2: _____

AF: _____

Bitte zeichnen Sie Ihre Beschwerden, Schmerzen, Narben in die Skizze ein:



Gibt es Auffälligkeiten bei der Schilddrüse?

Gibt es Beschwerden im Verdauungstrakt? (Blähungen, Verstopfung, Durchfall, Sodbrennen, ...)

Wie erholsam ist Ihr Schlaf?

Haben Sie Migräne/Kopfschmerzen? (wie häufig)

Haben Sie häufig Blasenentzündungen o.ä.?

Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

Haben Sie Schmerzen während der Periode/Eisprung?

Zykluslänge:

Ich bestätige hiermit die Richtigkeit meiner Angaben:

Datum, Unterschrift der Patientin