



**Fragebogen Kinderwunsch Frau**

Name:..... Geb-Datum:.....

Name Partner:..... Geb-Datum:.....

Wer ist Ihr Frauenarzt/ärztin:.....Brief gewünscht  ja  nein

Wo sind Sie versichert.....

Seit wann besteht Kinderwunsch.....

Sind Sie verheiratet.....Beruf.....

**Bisherige Schwangerschaften:**

Jahr	Ausgang (Abort, Geburt)	Woche	Durch KiWu-Therapie? Wenn ja, welche?	Mit dem akt. Partner?

Letzte Periode am: .....

Zyklusdauer:.....Zyklus regelmäßig: ja/nein

Gewicht:.....Größe:.....

Wie oft haben Sie Geschlechtsverkehr?.....

Wurde der Geschlechtsverkehr gezielt zum Zeitpunkt des Eisprungs?.....

Bisherige Verhütungsmittel: keine.....Pille (Name)..... Spirale.....

Leiden Sie an übermäßiger Körperbehaarung? nein/ja

Eigene Krankheiten: nein/ja...

Wenn ja, welche?.....

Erkrankungen in der Familie: nein/ja, welche ? .....

Operationen bei Ihnen: nein/ja

Wenn ja, welche?.....

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente?: nein/ja, welche ? .....

Allergien auf Medikamente: nein/ja, welche?.....

Rauchen: nein /ja, wie viel ?.....

Alkohol: nein /ja, wie viel ?.....

Sind Sie gegen Röteln geimpft?.....

Wurde bereits ein HIV-Test gemacht?.....

Bisherige Diagnostik/Therapie.....

Handy-Nr.....

Ich stimme der Befundmitteilung an meinen Partner zu  ja  nein

Datum, Unterschrift:.....



**Fragebogen Kinderwunsch Mann**

**Name:**..... **Geb-Datum:**.....

**Name Partnerin:**..... **Geb-Datum:**.....

**Gewicht**.....**Größe**.....

**Beruf**.....

**Wo sind Sie versichert**.....

**Haben Sie bereits ein Kind gezeugt?**

Wenn Ja, mit der aktuellen Partnerin?.....

**Wurde Ihr Ejakulat bereits untersucht?**

Wenn Ja, wann und mit welchem Befund.....

**Frühere Hodenerkrankungen oder –entzündungen**.....

**Eigene Krankheiten:** nein/ja...

Wenn ja,welche?.....  
.....

**Erkrankungen in der Familie:** nein/ja, welche ? .....

**Operationen :** nein/ja, welche ?.....

**Nehmen Sie z. Zt. Medikamente?:** nein/ja, welche ? .....

**Allergien auf Medikamente:** nein/ja, welche?.....

**Rauchen:** nein /ja, wie viel ?.....

**Alkohol:** nein /ja, wie viel ?.....

**Wurde bereits ein HIV-Test gemacht?**.....

**Hatten Sie in den letzten 3 Monaten eine fieberhafte Erkrankung?**.....

**Bisherige Diagnostik/Therapie**.....

**Handy-Nr**.....

Ich stimme der Befundmitteilung an meine Partnerin zu  ja  nein

Datum, Unterschrift:.....



Sehr geehrte Patientin,  
Sehr geehrter Patient,

herzlichen Dank für Ihre Anfrage und Ihr Interesse an unserem Kinderwunschzentrum.  
Gerne vereinbaren wir mit Ihnen telefonisch in den nächsten Tagen einen Termin. Bitte senden Sie uns vorab folgende Unterlagen **ausschließlich per Post** zu:

**Eine Übermittlung der Unterlagen per Email ist aus datenschutzrechtlichen Gründen nicht möglich!**

- beigefügte Fragebögen ausgefüllt
- Kopie Ihres Impfpasses zur Röteln-Impfung
- Falls vorhanden Vorbefunde, z.B. Hormonwerte oder Spermiogrammbefunde – in KOPIE !!
- Informationen zu Vorbehandlungen – in KOPIE !!

Sobald die Unterlagen eingetroffen sind, werden wir Sie umgehend kontaktieren und Ihnen einen Termin anbieten.

Gerne können Sie uns einen Wunschtermin vorschlagen.

Bitte füllen Sie die Unterlagen **komplett und vollständig** aus - Vielen Dank!

Mit freundlichen Grüßen

Ihr Praxisteam Mainkid  
Kinderwunschzentrum am Theater  
Prof. Dr. Ursula Zollner und Kollegen  
Theaterstr. 20  
97070 Würzburg  
Tel. 0931/45276630