

**Fragebogen: Kinderwunsch**

Den Fragebogen „**Kinderwunsch**“ benutzen Sie bitte bei Planung einer Schwangerschaft. Mit einem Sternchen \* gekennzeichnete und farblich unterlegte Felder müssen ausgefüllt werden.

**Adresse**

\*Anrede, Titel: \_\_\_\_\_ \*Vorname: \_\_\_\_\_

\*Nachname: \_\_\_\_\_

Fachrichtung: \_\_\_\_\_

Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_

\*Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

\*Postleitzahl: \_\_\_\_\_ \*Ort: \_\_\_\_\_

Land oder Bundesland: \_\_\_\_\_

\*Telefon mit Vorwahl: \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

Fax mit Vorwahl: \_\_\_\_\_ – \_\_\_\_\_

\*E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

**Patientin**

\*Vorname (mindestens Initiale): \_\_\_\_\_ Anrede, Titel: \_\_\_\_\_

\*Nachname (mindestens Initiale): \_\_\_\_\_ \*Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

**Medikamente**

Bitte listen Sie alle Medikamente mit Behandlungsgrund und Anwendungszeitraum auf. Falls eine Therapie geplant ist, geben Sie als Anwendungszeitraum „geplant“ an. Falls Sie die Dosis nicht kennen, geben Sie „unbekannt“ an.

| Medikament | Behandlungsgrund | Verabreichungsform<br>z.B. oral (Tablette) | Zeitraum der<br>Anwendung<br>von ... bis ... | Dosis |
|------------|------------------|--|--|-------|
|            |                  |  |  |       |
|            |                  |  |  |       |
|            |                  |  |  |       |
|            |                  |  |  |       |
|            |                  |  |  |       |

Raum für konkrete Fragen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Aktuelle Anamnese**

Körpergröße in cm: ..... Gewicht in kg: .....

Kinderwunschbehandlung  nein  ja  geplant Welche: .....

Folsäure  nein  ja  geplant

Rauchen  nein  ja Anzahl Zigaretten pro Tag: .....

Alkohol  nein  ja Wie viel und wie häufig: .....

Drogen  nein  ja Welche und wie häufig: .....

Wenn Sie eine der Fragen mit „ja“ beantwortet haben, bitten wir Sie um nähere Informationen: .....

**Frühere Schwangerschaften**

\*Frühere Schwangerschaften  nein  ja  unbekannt

Anzahl: .....

Davon waren: ..... lebend geborene gesunde Kinder

..... lebend geborene Kinder mit angeborenen Erkrankungen

..... Fehlgeburten

..... Extrauterinschwangerschaften

..... Totgeburten

..... Schwangerschaftsabbrüche

Details zu früheren Schwangerschaften: .....

**Abschicken**

(Bitte kreuzen Sie eine der folgenden Optionen an und akzeptieren Sie die Datenschutzvereinbarung.)

\*Beratungsoptionen  Ich bin leicht und direkt per Telefon unter oben angegebener Nummer erreichbar und bitte um Rückruf. **Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihren Rückruf erwarten, wenn wir Sie innerhalb von 24 Stunden telefonisch nicht erreichen konnten.**

Ich melde mich selber zu den Sprechzeiten Mo-Fr 9:00 – 12:00 Uhr und (außer mittwochs) 13:30 – 16:00 Uhr.

Ich wurde bereits beraten und reiche hiermit fehlende Angaben nach.

\*Datenschutzhinweis  **Einverständniserklärung der Schwangeren/Patientin zur Datenverarbeitung:**  
Ich bin mit der Übermittlung, Speicherung und Verarbeitung meiner Daten einverstanden. Die Informationen unter [www.embryotox.de/datenschutz.html](http://www.embryotox.de/datenschutz.html) zum Datenschutz und zur Verwendung der Daten sowie meine Rechte sind mir bekannt.

**Für Ärzte/Fachkreise:** Es wird davon ausgegangen, dass mit der Rücksendung des ausgefüllten Fragebogens Ihre Patientin/Ihr Patient der Übermittlung der personen- und gesundheitsbezogenen Daten zugestimmt hat. Ich werde den Informationsbogen unter [www.embryotox.de/datenschutz.html](http://www.embryotox.de/datenschutz.html) an die Patientin weiterleiten.

\*Ort, Datum, Unterschrift: .....