

Saskia Straße von Ridder

Heilpraktikerin

Fragebogen Kinderwunsch

Name	Vorname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Straße, Nr.	PLZ, Ort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	Geburtsdatum
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Email	
<input type="text"/>	
Beruf	
<input type="text"/>	
Familienstand/Kinder	
<input type="text"/>	

1. Seit wann besteht der Kinderwunsch?

2. Haben Sie bereits Kinder?

Ja Nein

Wenn ja, wie viele und wann geboren?

3. Hat Ihr Partner bereits Kinder?

Ja Nein

4. Hatten Sie Fehlgeburten?

Ja Nein

Wenn ja, wann und wie oft?

5. Hatten Sie Abtreibungen?

Ja Nein

Wenn ja, wann und wie oft?

6. Waren sie bereits in reproduktionsmedizinischer Behandlung?

Ja Nein

7. Sind Sie momentan in reproduktionsmedizinischer Behandlung?

Ja Nein

Wenn ja, welche Schwangerschaftswoche liegt vor?

8. Welche sonstigen Maßnahmen haben Sie bereits ergriffen?

9. Welche der diagnostischen Maßnahmen wurden bei Ihnen und Ihrem Partner durchgeführt?

Gynäkologische Untersuchung

Ultraschall

Bauchspiegelung

Hormonstatus

Blutwerte

Schilddrüsenwerte

Spermiogramm

Postcoital-Test

Sonstige:

10. Gab es einen oder mehrere Befunde?

PRAXIS FÜR FRAUENNATURHEILKUNDE

11. Haben Sie Vorerkrankungen, Infektions-, Erb-, Autoimmun-, Stoffwechsel-, Krebs-, Suchtkrankheiten oder Erkrankungen der Psyche?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

12. Haben Sie Allergien/Unverträglichkeiten?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

13. Leben Sie vegetarisch oder vegan?

14. Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenfunktionsstörung bekannt?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

15. Wurden bei Ihnen Operationen vorgenommen?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

16. Gehen Sie regelmässig zum Gynäkologen und zu Vorsorgeuntersuchungen?

Ja Nein

17. Wurde bei Ihnen schon einmal eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen diagnostiziert?

- Myom/e
- Zyste/n Unterleib
- Zyste/n Brust
- PCO (Polyzystisches Ovarialsyndrom)
- Endometriose
- Störung des Sexualhormonhaushalts
- Menstruationstörung
- Häufige Blasenentzündungen
- Zellveränderung am Gebärmutterhals
- Vaginalinfektionen

18. Nehmen Sie derzeit Medikamente?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

19. Nehmen Sie derzeit Naturarzneien oder Vitaminpräparate?

- Ja Nein

Wenn ja, welche?

20. Haben Sie schon mal hormonell (Pille, Hormonspirale, etc.) verhütet?

- Ja Nein

Wenn ja, welches Verhütungsmittel und wann?

21. In welchem Alter hat Ihre Monatsblutung begonnen?

22. Haben Sie derzeit Monatsblutungen?

- Ja Nein

Wenn nein, seit wann nicht mehr?

23. Ist/war Ihre Monatsblutung regelmässig?

Ja Nein

Wenn nein, genauere Beschreibung?

24. Gibt/gab es Besonderheiten im Zusammenhang mit Ihrer Monatsblutung?

Ja Nein

Wenn ja:

Schwache Blutungen

Starke Blutungen

Zwischenblutungen

Klumpiges Blut

Rückenschmerzen

Starke Bauchschmerzen

Schmerzen im vaginalbereich

Übelkeit/Erbrechen

Durchfall

Verstopfung

Kopfschmerzen

Migräne

Brustspannen in Vorfeld

Stimmungsschwankungen

Sonstiges:

Hinweis zum Datenschutz:

Ja, ich habe die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden, dass die von mir angegebenen Daten elektronisch erhoben und gespeichert werden. Meine Daten werden dabei nur streng zweckgebunden zur Bearbeitung und Beantwortung meiner Anfrage benutzt; jede andere Verwendung oder auch die Weitergabe der Daten ist ausgeschlossen. Jederzeit ist es möglich Auskunft über die von mir gespeicherten Datennetz zu erhalten.