

## Fragebogen Kinderwunsch

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

---

Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen sorgfältig durchzulesen und zu beantworten. Wenn möglich senden Sie uns das Formular vorgängig per E-Mail an [zun-bern@hin.ch](mailto:zun-bern@hin.ch) zu oder bringen es zum Sprechstundentermin mit. Besten Dank für Ihre Unterstützung.

Größe: ..... cm      Gewicht: ..... kg

1. Fühlen Sie sich zurzeit gesund  ja  nein
2. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel täglich .....  ja  nein
3. Alkoholkonsum? Wenn ja, wie oft .....  ja  nein
4. Drogenkonsum? Wenn ja, was/wie oft?.....  ja  nein
5. Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche  ja  nein  
.....  
.....
6. Was ist Ihr derzeitiger Beruf? ..... Seit wann? .....  
Wie lange üben Sie eine sitzende Tätigkeit pro Tag aus? ..... Stunden pro Tag
7. Welchen von den folgenden äußeren Einflüssen sind Sie im Beruf oder in der Freizeit ausgesetzt?  

<input type="checkbox"/> Lärm	<input type="checkbox"/> Lösungsmittel	<input type="checkbox"/> Industrieemissionen
<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> ionisierende Strahlen	<input type="checkbox"/> Schwermetalle
<input type="checkbox"/> unregelmässige Arbeitszeit	<input type="checkbox"/> Pflanzenschutzmittel	<input type="checkbox"/> Insektizide
<input type="checkbox"/> Hitze	<input type="checkbox"/> andere Chemikalien, welche? .....	
8. Erste Rasur mit ..... Jahren; Häufigkeit derzeit: .....
9. Kinderwunsch seit ..... Jahren
10. Haben Sie bereits Kinder mit Ihrer Frau/Partnerin?  ja  nein  
Wenn ja, wie viele und wann geboren? .....
11. Haben Sie bereits Kinder aus einer anderen Beziehung?  ja  nein
12. Verwendeten Sie bisher Verhütungsmittel?  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....
13. Wie häufig haben Sie Geschlechtsverkehr? Durchschnittlich ..... mal pro Woche
14. Wird Geschlechtsverkehr gezielt zum Eisprung durchgeführt? Wenn ja, seit ..... Jahren  ja  nein
15. Unvollständige Gliedversteifung beim Geschlechtsverkehr? Wenn ja, seit .....  ja  nein

16. Vorzeitiger Samenerguss beim Geschlechtsverkehr? Wenn ja, seit .....  ja  nein
17. Der Samenerguss ist kräftig, stoßweise?  ja  nein
18. Mangel an Libido (sexuelles Begehren)? Wenn ja, seit .....  ja  nein
19. Hatten oder haben Sie:
- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hodenhochstand                            | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten       | <input type="checkbox"/> endogenes Ekzem  |
| <input type="checkbox"/> Hodenentzündung                           | <input type="checkbox"/> Ausfluss aus der Harnröhre   | <input type="checkbox"/> Mumps            |
| <input type="checkbox"/> Nebenhodenentzündung                      | <input type="checkbox"/> Leistenbruchoperationen      | <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Beschneidung                              | <input type="checkbox"/> Diabetes                     | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen     |
| <input type="checkbox"/> Prostatentzündung                         | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck                | <input type="checkbox"/> Tuberkulose      |
| <input type="checkbox"/> Operationen im Genitalbereich             | <input type="checkbox"/> allergisches Bronchialasthma | <input type="checkbox"/> Diphtherie       |
| <input type="checkbox"/> Verletzungen im Genitalbereich            | <input type="checkbox"/> schwere Grippe/Covid 19      | <input type="checkbox"/> Typhus           |
| <input type="checkbox"/> unbestimmte Beschwerden im Genitalbereich |   |   |
20. Sind in Ihrer Familie (nur Blutsverwandtschaft) kinderlose Ehen, Störungen des Erbguts (z.B. Erbkrankheiten, Missbildungen) oder gehäufte Fehlgeburten bekannt?  ja  nein
21. Hatten Sie bereits Voruntersuchungen? Wenn Ja, bitte unten ankreuzen:  ja  nein
- Spermogramm (Samenuntersuchung) Wann: ..... Wo: .....
- Hormonuntersuchung Wann: ..... Wo: .....
- andere Untersuchungen zum Thema Kinderwunsch  
Was, wann, wo? .....
22. Wurden bereits Behandlungen bei Ihnen durchgeführt?  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....  
.....

### Fragen zu Ihrer Frau/Partnerin

23. Alter Ihrer Frau/Partnerin ..... Jahre
24. Hat Ihre Frau/Partnerin bereits Kinder aus einer anderen Beziehung?  ja  nein
25. Hatte Ihre Frau/Partnerin bereits  
Fehlgeburten?  ja  nein Frühgeburten?  ja  nein Abtreibungen  ja  nein
26. Periode regelmäßig?  ja  nein
27. Besteht ein Eisprung?  ja  nein
28. Ist Ihre Frau/Partnerin beim Frauenarzt in Behandlung?  ja  nein
29. Wurden bei gynäkologischen Untersuchungen krankhafte Veränderungen festgestellt?  ja  nein  
Wenn ja, welche? .....
30. Wurde bereits ein Sims-Hühner-Test (Postkoitaltest) durchgeführt?  ja  nein
31. Wird/Wurde eine Behandlung durchgeführt oder ist eine vorgesehen?  ja  nein
- Durchgängigkeit der Eileiter. Wann? ..... wo? .....
- Behandlung mit Tabletten oder Spritzen (Hormone). Wann? ..... wo? .....
- Inseminationen. Wann? ..... wo? .....
- IVF/ICSI. Wann? ..... wo? .....