

Angaben Patientin

Name Patientin	Geburtsdatum Patientin
Kinderwunsch seit	Absetzen Verhütung <i>wann, welche Methoden</i>
Gewicht / Grösse	Beruf
Folsäure <i>(Name Präparat?) + Vitamine</i>	Medikamente

Genetische Untersuchungen <i>(bitte Berichte zusenden)</i>	
Eileiter geprüft <i>Wie: HSG-Röntgen/ HyCoSy-Ultraschall/ LSK-OP?</i> <i>(bitte Befund zusenden)</i>	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein Resultat:
Bisherige Sterilitätstherapien <i>Welche/wann/wo/erzielte Schwangerschaften?</i> <i>(bitte Berichte zusenden)</i>	
Frühere Schwangerschaften <i>Jahr? Ausgang der Schwangerschaft?</i>	
Allgemeine Gesundheitsprobleme/ Erkrankungen <i>Eisenmangel? Schilddrüsenunterfunktion? Hepatitis?</i>	
Gynäkologische Erkrankungen <i>Behaarung? Akne? PCO-Syndrom? Myom? Endometriose?</i> <i>Eileiterentzündung? Auffälliger PAP-Abstrich?</i>	
AMH-Befund <i>(Anti-Müller-Hormon, Eizellreserve)</i>	<input type="checkbox"/> Vorhanden: Bitte vor Ihrem Erstgespräch zusenden <input type="checkbox"/> Nicht vorhanden: Wir schicken Ihnen eine Laborverordnung. Der Test sollte idealerweise vor dem Erstgespräch durchgeführt werden
Operationen	
Frühere Hormoneinnahme <i>z.B. Pille? wie vertragen?</i>	
Erkrankungen der Familie <i>z.B. Brustkrebs, Unterleibskrebs, Thrombosen, Embolien, genetische Erkrankungen? Diabetes?</i>	
Letzte gynäkologische Jahreskontrolle	
Letzte Zahnkontrolle	

Allergien <i>insb. Latex, Medikamente</i>	
1. Zyklustag letzte Periode <i>(=1. Tag der richtigen Blutung)</i>	
Alter bei Einsetzen 1. Periode	
Periode/ Zyklus <i>Dauer in Tagen? Abstand in Tagen?</i> <i>Regelmässigkeit? Zwischenblutungen? Blutklumpen?</i>	
Unterleibsschmerzen <i>Bei Periode? Schmerzmitteleinnahme?</i> <i>Beim Geschlechtsverkehr? Beim WC-Gang?</i>	
Durchgeführte Heim-Eisprungtests (LH-/ Ovulationstests?) <i>wenn ja, wie häufig positiv?</i>	
Nikotin <i>(Zigaretten / Vape/ Anzahl)</i>	

Angaben Patient

Name Patient	Geburtsdatum Patient
Gewicht / Grösse	Beruf
Medikamente	

Genetische Untersuchungen (bitte Berichte zusenden)	
Allgemeine Gesundheitsprobleme/ Erkrankungen	
Kinder aus früheren Partnerschaften	
Spermiogramm bereits durchgeführt? (bitte Befund zusenden)	
Nikotin (Zigaretten / Vape/ Anzahl)	
Anabolika	
Operationen	
Urologische Untersuchungen? Wann? Wo?	
Urologische Erkrankungen? Hodenhochstand in Kindheit? Mumpserkrankung? Unterleibs-Trauma? Entzündung? Krampfader Hoden?	

Checkliste Erstgespräch

Kommen Sie, wenn immer möglich, gemeinsam mit Ihrem Partner zum Erstgespräch.

Bitte denken Sie daran, folgende Unterlagen (sofern bestimmt) bereits vorher zu organisieren, denn Sie erlauben uns eine individuelle Einschätzung Ihrer persönlichen Situation und das Ableiten möglichst konkreter Empfehlungen. Falls noch nicht bestimmt, können wir die Untersuchungen bei Bedarf später veranlassen.

Top 3 Untersuchungsbefunde: *bitte unbedingt vorab per E-Mail / Post senden*

1. Hormonwerte: FSH, AMH
2. Spermogramm
3. Resultate der Eileiter-Überprüfung

Weitere hilfreiche Unterlagen

- Berichte früherer Kinderwunschtherapien (insbesondere alte IVF-Laborprotokolle und Stimulationsprotokolle)
- Blutuntersuchungen (u.a. Hormone, Eisenspiegel, Impftiter (Frau), Infekt-Serologie (Frau und Mann))
- OP Berichte Gynäkologie (z.B. Gebärmutter Spiegelungen, Bauchspiegelungen)
- Blutgruppenkarte (Frau)
- Genetische Untersuchungen (Mann und Frau)

Ihre Patienten Agenda

Für das Erstgespräch nehmen wir uns genügend Zeit, Sie umfassend zu beraten. Wir wollen sicherstellen, dass Sie alle Informationen bekommen, die Sie benötigen. Aus unserer Erfahrung ist es daher von grossem Vorteil, wenn Sie eine Art Checkliste für sich erstellen, und diese als *reine Gedankenstütze* mit sich führen.

Bitte machen Sie sich daher vorher Gedanken zu folgenden Fragen, die für die Beratung von Bedeutung sein werden: Überlegen Sie sich z.B. was Sie gerne erfahren wollen, was Ihnen selbst wichtig ist, was Sie nicht wollen, wovor Sie Sorgen haben und was Sie bewegt.