

Fragebogen bitte komplett ausfüllen, ankreuzen oder unterstreichen. Fragen welche Sie nicht ausfüllen können oder möchten lassen Sie bitte unbeantwortet.

Familiennamen

Vorname

Adresse

.....

Telefon

Email

Mobiltelefon

Alter : Gewicht : kg Größe : cm

Beruf / Tätigkeit :

Haben Sie bereits Kinder ? ja / nein

Wenn ja, Geburtsjahr.....

Waren Sie schon einmal Schwanger ? ja / nein

Was war der Grund der Beendigung ?

.....

Wie haben Sie bisher verhütet ?

Sollten Sie die Pille genommen haben:

Wann haben Sie aufgehört sie einzunehmen ?

Wie lange hatten Sie ungeschützten Verkehr, ohne dass eine Schwangerschaft eintrat ?

..... Monate / Jahre

Wissen Sie wann Sie Ihren Eisprung haben ?

nie manchmal meistens immer

Wie hatten Sie Ihren Eisprung bestätigt ?

- Temperaturmessung
- Eisprungtest aus der Apotheke (Urintest)

- Ultraschall
- Hormontest (durch Ihren Arzt)
- gar nicht

Ist Ihr Zyklus regelmäßig ?

Nein / Ja wie viele Tage?

Wie lange dauert Ihre Monatsblutung ?

..... Tage

Was ist nach Ihrem Wissen, der Grund für Ihre Kinderlosigkeit ?

.....

Hatte Ihr Partner eine Sperma – Analyse ? Ja / nein

(Wenn ja :)

Anzahl der Spermien normal / zu wenig

Beweglichkeit der Spermien normal / zu langsam

Welche der nachfolgend angeführten Behandlungen zur Erreichung einer Schwangerschaft haben Sie hinter sich ?

Hormonbehandlung

.....Monate Datum.....Monate.....

erfolgreich / nicht erfolgreich / teilweise erfolgreich

Verlauf.....

Intrauterine Insemination(künstl. Befruchtung durch direktes Einsetzen von Sperma)

.....mal Datum.....

erfolgreich / nicht erfolgreich / teilweise erfolgreich

Verlauf.....

Operative Öffnung der Eileitern

.....mal Datum.....

erfolgreich / nicht erfolgreich / teilweise erfolgreich

Verlauf.....

In Vitro Fertilisation IVF oder ICSI(künstliche Befruchtung durch Einsetzen einer extern befruchteten Eizelle)

.....mal Datum.....

erfolgreich / nicht erfolgreich / teilweise erfolgreich

Verlauf.....

Sind Sie zur Zeit in einer Therapie oder werden zur Erlangung einer Schwangerschaft ärztlich behandelt ?

ja / nein
wenn ja, welche Therapie?

Welches war Ihre letzte medizinische Behandlung zur Erlangung einer Schwangerschaft ?

Wann?
Art der Behandlung.....

Was wissen Sie über den momentanen Zustand Ihrer Reproduktions- Organe ?

Eileiter

Links

Funktionsfähig / vernarbt / blockiert / entfernt / unsicher

Rechts

Funktionsfähig / vernarbt / blockiert / entfernt / unsicher

Eierstöcke

Links

Funktionsfähig / vernarbt / blockiert / entfernt / unsicher

Rechts

Funktionsfähig / vernarbt / blockiert / entfernt / unsicher

Gebärmutter

.....
.....

Wurden bei Ihnen jemals Verwachsungen, Verklebungen, Vernarbungen oder Verformungen Ihrer Reproduktionsorgane diagnostiziert ?

Ja / nein / unsicher

Wenn ja, teilen Sie uns bitte mit was genau bei Ihnen festgestellt wurde und wie Sie daraufhin therapiert wurden :

.....
.....

Litten Sie jemals an einer entzündlichen Beckeninfektion oder einer Entzündung im Unterleib ?

Ja / nein / unsicher

Wenn ja, teilen Sie uns bitte mit was genau bei Ihnen festgestellt wurde und wie Sie daraufhin therapiert wurden :

.....
.....

Wurde bei Ihnen jemals eine Endometriose diagnostiziert ?

Ja / nein / unsicher

Wenn ja, teilen Sie uns bitte mit wie Sie daraufhin therapiert wurden :

.....

Welche der nachfolgend angeführten operativen Eingriffe wurden bei Ihnen durchgeführt bzw. welche der angeführten Verletzungen treffen bei Ihnen zu ?

- Entfernung des Blinddarm Wann ?
- Gewebeentnahmen im Bauchraum
- Operation am Gebärmutterhals
- Eingriff an der Blase
- Operation im Bauchraum
- Entfernung der Gebärmutter (teilw. oder ganz)
- Verletzungen der unteren Wirbelsäule
- Implantierte Schrauben, Nägel oder Platten
- Autounfall mit Verletzung
- Sturz auf Kreuz, Steißbein oder Wirbelsäule
- Sturz vom Pferd, Fahrrad o.ä.
- Schlag auf den Kopf oder Rücken
- Physischen oder sexuellen Missbrauch
- Strahlentherapie
- Röntgenologische Untersuchung der Eileiter oder Gebärmutterhöhle
- Andere Operationen oder Eingriffe bzw. Verletzungen :
-
-

Hatten oder haben Sie Probleme oder Komplikationen im Zusammenhang mit operativen Eingriffen oder Verletzungen ?

Ja / Nein / Unsicher

.....

Hatten Sie jemals einen Knochenbruch ?

Wenn ja – wo und wann ?

.....

Lebensstil und soziale Faktoren

Stehen Sie unter Stress ?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Bitte ankreuzen (1= niedrig / 10 = hoch)

Haben Sie momentan wichtige Änderungen in Ihrem täglichen Leben ?

Beziehung / Todesfall in der Familie / Diät / Arbeitsplatz / Medikamente

Wie viele koffeinhaltige Getränke konsumieren Sie täglich ?

0 1-2 3-4 5-6 mehr als 6

Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungen nehmen Sie täglich ?

.....

Haben Sie einen guten Nachtschlaf ?

ja / nein

Wenn nein -

Ich habe Probleme einzuschlafen / durchzuschlafen

Betreiben Sie regelmäßig Sport ?

ja / nein

Wenn ja –

Welche Art von Sport.....

Wie viele Stunden pro Woche.....

Verbringen Sie mehr als 20 Stunden pro Woche am Schreibtisch, PC oder im Auto ?

ja / nein / unsicher

Fliegen Sie mehr als 8 Stunden pro Monat ?

ja / nein / unsicher

Wie viele Stunden verbringen Sie täglich an der frischen Luft ?

0-2 3-5 6-8 mehr als 8 Stunden

Rauchen Sie ? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag

Trinken Sie regelmäßig Alkohol ?

Wenn ja, was und wie viel

Gibt es Dinge die Sie uns mitteilen möchten ?

.....
.....
.....
.....
.....

Gibt es Fragen an uns ?

.....
.....
.....
.....
.....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Durch einen Zeitungsartikel
 - Durch eine Empfehlung
 - Durch einen TV-Bericht
 - Durch das Internet
 - Sonstiges
- (Bitte Zutreffendes unterstreichen, Danke)

Der vorliegende Fragebogen unterliegt Ihrem persönlichen Recht auf Datenschutz.

Er dient ausschließlich zur Beurteilung Ihrer körperlichen Gesamtsituation.

Nach Durchsicht Ihres Fragebogens, und Rücksprache mit Ihnen, werden die gesamten Daten und Informationen komplett vernichtet und weder gespeichert noch verarbeitet oder Dritten auf irgendeine Art und Weise zugänglich gemacht !

Lediglich im Falle das Sie sich dazu entschließen sollten mit unserer Methode zu beginnen, bewahren wir Ihren Fragebogen in Ihrer Stamm – Mappe auf.

Monica Hussein-Joga
Gesundheits- und Ernährungsberatung
Therapiepraxis Hussein
Steinweg 2
8280 Kreuzlingen
m.hussein@bluewin.ch
www.therapiehussein.ch

Hinweis zum Copyright : Jede unerlaubte Vervielfältigung, Verwendung, Kopie oder elektronische Verarbeitung ohne schriftliche Genehmigung, wird Zivil sowie Strafrechtlich verfolgt und umgehend und ausnahmslos zur Anzeige gebracht !