



**KINDERWUNSCH**  
DORTMUND SIEGEN DORSTEN WUPPERTAL  
ZENTRUM DORTMUND

Kinderwunschzentrum Dortmund · Olpe 19 · 44135 Dortmund

Prof. Dr. med. Stefan Dieterle<sup>1</sup>  
Dr. med. Andreas Neuer<sup>1</sup>  
Prof. Dr. med. Robert Greb  
Dr. med. Saskia Möckel  
Petra Wilbrink  
Dr. med. Karoline Hohenstein

## PID-Zentrum NRW

---

### Checkliste für Erstkontakt

Bitte fertigen Sie Kopien folgender Unterlagen an (so vorhanden)

- Genetische Untersuchungsbefunde von Frau, Mann und ggfs. eines Indexpatienten (z.B. betroffenes Kind)
- Arztbriefe über den betroffenen Indexpatienten
- Brief mit Zusammenfassung des humangenetischen Beratungsgesprächs

Bitte füllen Sie den Paarfragebogen aus (s. Anlage)

---

Bitte senden Sie alle Unterlagen an:

Kinderwunschzentrum Siegen  
z. Hd. Frau Irle  
Hermelsbacher Weg 41  
57072 Siegen

---



Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Schwerpunkt gynäkologische Endokrinologie  
und Reproduktionsmedizin  
Laboruntersuchungen<sup>1</sup>  
Endometriosezentrum (Stufe 1)

MVZ Kinderwunschzentrum Dortmund GmbH\*  
Geschäftssitz Dortmund, Amtsgericht Dortmund  
HRB 29853, USt-IdNr. DE236732093  
Geschäftsführer: Prof. Dr. Stefan Dieterle,  
Wolf Frederic Kupatt, Alexander Kleinke

Olpe 19  
44135 Dortmund  
Telefon 0231 5575450  
Telefax 0231 55754599  
info@kinderwunschzentrum.org  
www.kinderwunschzentrum.org



## Paarfragebogen zur Präimplantationsdiagnostik

Sehr geehrtes Paar,

der folgende Fragebogen soll den behandelnden Ärzten einen Überblick über Ihre bisherige Geschichte ermöglichen. Darüber hinaus hilft er, Ihre individuellen Chancen zu beurteilen, Behandlungsrisiken zu erkennen und ggfs. zu vermeiden. Wir bitten Sie, diese Fragen möglichst genau zu beantworten und – sofern möglich – Befunde (z.B. zu bekannten Erkrankungen, Risiken oder bereits durchgeführten Untersuchungen Ihres Frauenarztes/Ihres Urologen) beizulegen.

Name der Frau	_____	Vorname	_____
Geburtsdatum	_____	Alter	_____
Straße	_____	PLZ/Ort	_____
Bundesland	_____	Anfahrtsdauer	_____
Telefon	_____	Handy	_____
E-Mail-Adresse	_____		
Beruf	_____	Krankenversicherung	_____
Behandelnder Frauenarzt/-ärztin	_____		

Name des Partners/Ehemannes	_____		
Geburtsdatum	_____	Alter	_____
Straße	_____	PLZ/Ort	_____
Telefon	_____	Handy	_____
E-Mail-Adresse	_____		
Beruf	_____	Krankenversicherung	_____
Behandelnder Urologe/Androloge	_____		



♀ ♂ Fragen zum Paar

1. Sind Sie miteinander verheiratet?  
 ja  nein      Wenn ja, seit \_\_\_\_\_  
Wenn nein, seit wann besteht Ihre Lebenspartnerschaft? \_\_\_\_\_
2. Seit wann haben Sie Kinderwunsch? \_\_\_\_\_
3. Waren Sie in Sachen PID-Behandlung bereits in ärztlicher Behandlung oder zur ärztlichen Beratung?  
 ja  nein  
Falls ja, machen Sie bitte Angaben:

♀ Fragen zur Frau

1. Fühlen Sie sich psychisch belastet?       stark       mittel       gar nicht
2. Waren Sie schon einmal schwanger?       ja       nein
3. Wenn ja, von Ihrem jetzigen Partner?       ja       nein
4. Haben Sie sich sterilisieren lassen?       nein       ja      wann? \_\_\_\_\_ (Jahr)
5. Machen Sie bitte Angaben zu den bisherigen Schwangerschaftsverläufen:

Jahr	Verlauf*	Ergebnis**

\* z.B. Amnionzentese, Schwangerschaftsabbruch etc.

\*\*z.B. Lebendgeburt, Totgeburt, Kind erkrankt/verstorben

6. In welchen Abständen haben Sie Periodenblutungen (vom 1. Tag der Regel bis zum nächsten 1. Tag)?  
 regelmäßig, zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen/Wochen/Monaten  
 unregelmäßig, zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen/Wochen/Monaten  
 zurzeit habe ich keine Periodenblutung
7. Wurden bei Ihnen Bauch- und/oder Unterleibsoperationen durchgeführt?  ja  nein  
Wenn ja, welche und wann?

Jahr	Art der Operation	Besonderheiten

8. Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)
9. Wie schwer sind Sie? \_\_\_\_\_ kg      Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ cm





10. Haben oder hatten Sie Erkrankungen (wie z.B. Thrombose/Lungenembolie, Schilddrüsenerkrankung, Bluthochdruck, Zuckerkrankheit/Diabetes, Epilepsie, Depression, Krebserkrankung)?  
Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

Erkrankung	Medikamente

11. Sind Allergien bekannt?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

12. Rauchen Sie?  ja  nein Wenn ja: \_\_\_ Zigaretten/Tag

### ♂ Fragen zum Mann

1. Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?  
 nein  ja, mit jetziger Partnerin (s.o.)  ja, mit anderer Partnerin Wann? \_\_\_\_\_
2. Wurde ein Spermogramm gemacht?  
 ja  nein Wenn ja, bei welchem Arzt? \_\_\_\_\_
3. Wurde eine Samenleiterdurchtrennung (Sterilisation) durchgeführt?  ja  nein
4. Wie schwer sind Sie? \_\_\_\_\_ kg Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ cm
5. Haben Sie Erkrankungen, wegen der Sie Medikamente einnehmen müssen?

Erkrankung	Medikamente

6. Haben Sie Allergien?  ja  nein  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

7. Rauchen Sie?  ja  nein Wenn ja: \_\_\_ Zigaretten/Tag

### Erklärung

Sollte die Etablierung einer PID nicht erfolgen, dürfen die von uns übermittelten Unterlagen vernichtet werden.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Frau

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Mann