



KINDERWUNSCH
DORTMUND SIEGEN DORSTEN WUPPERTAL
ZENTRUM DORTMUND

Kinderwunschzentrum Dortmund · Olpe 19 · 44135 Dortmund

Prof. Dr. med. Stefan Dieterle¹
Dr. med. Andreas Neuer¹
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:

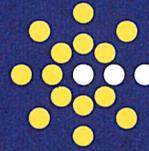
Kinderwunschzentrum Siegen
z. Hd. Frau Irle
Hermelsbacher Weg 41
57072 Siegen



Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Schwerpunkt gynäkologische Endokrinologie
und Reproduktionsmedizin
Laboruntersuchungen¹
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:

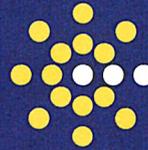
Jahr	Verlauf*	Ergebnis**

* 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