

# Fragebogen Kinderwunsch

Bitte Fragebogen Allgemein und  
Fragebogen Kinderwunsch ausfüllen

Katrin Alber- Abschluss in Osteopathie/ Physiotherapie/ HP (PT)

<b>1.) Thema Kinder</b>	
Wie viele Kinder haben Sie geboren?	Sind Mehrlinge dabei?
Davon wie viele Frühgeburten? 1) _____ Wochen vor Termin 3) _____ Wochen vor Termin	2) _____ Wochen vor Termin 4) _____ Wochen vor Termin
Wie viele Einleitungen?	Wie viele Kaiserschnitte?
Wie viele Abtreibungen? Auf welche Art?	In Schwangerschaftswoche?
Wie viele Abgänge?	In Schwangerschaftswoche?
Wie alt waren Sie bei der Geburt (beim Abgang) Ihrer Kinder? 1) _____ 2) _____ 3) _____ 4) _____	
In welcher Schwangerschaft hatten Sie Probleme? (Ü= Übel, Ä= Ängste, D= Diabetes)	
Nach welcher Geburt hatten Sie eine Wochenbett Depression?	
Wie viele Monate haben Sie Ihre Kinder voll/ teilweise gestillt?	

<b>2.) Unerfüllter Kinderwunsch</b>	
Seit wann bemühen Sie sich um ein Kind?	_____ Monate _____ Jahre
Welche Untersuchungen wurden gemacht?	
Medikamente?	
Eingriffe?	

Haben Sie Temperaturkurven geführt? (Bitte Kopien mitschicken)
Wurde die Schilddrüse untersucht? (Bitte Testberichte mitbringen)
Wurde ein Spermatest bei Ihrem Mann gemacht?( Bitte Ergebnis mitbringen)
Wurden schon Kinderwunsch Behandlungen gemacht, welche und wann/ waren sie erfolgreich? 1.) Horminstimulation 2.) Insemination 3.) IVF 4.) ICSI
Hatten Sie mit körperlichen oder psychischen Symptomen während den Kinderwunschbehandlungen zu kämpfen?

<b>3.) Thema Hormone</b>
Welche Hormone werden zur Zeit eingenommen? (seit wann?)
Welche Hormone wurden früher eingenommen? (von- bis, oder ca. wie lange?) (bitte auch an Cortison, Schilddrüsenhormone usw. denken)
Haben Sie jemals eine Spirale getragen? Falls ja, wie lange?
Handelte es sich um eine mit Hormonen beschichtete Spirale? (Mirena)

#### 4.) Thema Umwelt

Benutzen Sie in den letzten Jahren oft:  
Pilzsprays (Pflanzen/ Badezimmer/ Schwimmbad- oder für die Füße)? Wenn ja, welche?

Schädlingsvernichtung gegen Läuse, Ameisen oder andere Pflanzenschutzmittel? Welche?

Haben Sie in Ihrem Beruf regelmäßig mit folgenden Mitteln zu tun?

Reinigungschemikalien	Lacke
Druckertinte	Folien/ Plastik
Sprays	Abbeize
Folien	Schädlingsvernichtung
Klebstoffe	Farben
Andere:	

Verwenden Sie Weichspüler?

Benutzen Sie des öfteren Nagellack und Nagellackentferner?

Welche Hautcreme benutzen Sie?

Welche Körperseife, Kosmetika benutzen Sie?

Welches Deo benutzen Sie?

Wie oft tönen oder färben Sie sich die Haare?

## 5.) Thema Pubertät und danach

Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal Ihre Regelblutung bekamen?

Wie oft hatten Sie Menstruationskrämpfe?      manchmal, oft, nie

Wie lange dauerten diese?      \_\_\_\_\_ Stunden      \_\_\_\_\_ Tage

Wie halfen Sie sich dabei?

Welche anderen Symptome hatten Sie als Teenager des öfteren zu spüren bekommen?  
( Verdauungsprobleme, Akne, Asthma, etc.)

Was habe Sie dagegen unternommen?

Wie alt waren Sie, als Ihre Sexualität begann?

Wie wurde in frühen Jahren verhütet?

Hatten Sie damals mit Gewichtsproblemen zu kämpfen? Übergewicht oder Untergewicht?

Hatten Sie jemals mit Bulimie zu kämpfen?      Wenn ja, über \_\_\_\_\_ Monate/ Jahre

Waren Sie zeitweise von Magersucht betroffen?      Wenn ja, über \_\_\_\_\_ Monate/ Jahre

Können Sie aus heutiger Sicht einschätzen wo die Ursachen dazu lagen?

## 6.) Thema soziales Umfeld und Vergangenheit

Hatten Sie als junger Mensch unter vielen Familienkonflikten zu leiden?

Hatten Sie jemals Vergewaltigung/ Missbrauch erfahren?

Hatten Sie eine gute, vertrauensvolle Mutterbeziehung?

Hatten Sie eine gute, vertrauensvolle Vaterbeziehung?

Haben Sie zur Zeit eine Partnerbeziehung?

Empfinden Sie diese als: gut \_\_\_\_\_ durchschnittlich \_\_\_\_\_  
viele Konflikte \_\_\_\_\_ ausweglos \_\_\_\_\_ reinste Hölle \_\_\_\_\_

Haben Sie zu Hause die Möglichkeit sich zurückzuziehen?

Auf wie viele Freunde, menschen können Sie sich vermutlich in Not verlassen?

## 7.) Thema Zyklus

Sind Sie von Endometriose betroffen?

Wie viele Tage hat Ihr durchschnittlicher Zyklus (nicht nur Blutung) ? \_\_\_\_\_ Tage

Leiden Sie unter PCOS (Beschreiben Sie die Symptome)

Kommen Ihre Zyklen regelmäßig?

Frieren Sie leicht?

Können Sie ohne weiteres Rollkragenpullis tragen?

Haben Sie spürbar trockene Haut?
Macht Ihnen Sex im Gegensatz zu früher weniger Spass?
Wurde jemals bei Ihnen ein Myom festgestellt?
Haben Sie Zysten? Wo?
Praktizieren Sie Beckenbodentraining?

<b>8.) Thema Ernährung</b>	
Was beinhaltet ihr typisches Frühstück?	
Wann essen sie mittags?	regelmäßig/ unregelmäßig
Ernähren Sie sich vegetarisch/ vegan?	
Wie oft pro Woche Fisch?	Wie oft pro Woche Fleisch?
Wie oft pro Woche Ei?	
Haben Sie am Vormittag eine regelmäßige Zwischenmahlzeit?	
Haben Sie des öfteren Heißhunger auf Süßes? Wenn ja, auf was besonders?	
Was essen Sie sonst am Nachmittag?	
Was gehört zu Ihrem typischen Abendessen?	

Wann essen Sie abends? Ca. _____ Uhr	regelmäßig/ unregelmäßig
Ich esse mit: _____ großem Appetit _____ wenig Appetit _____ hastig _____ mit Genuss _____ dankbar	
Was essen Sie zwischen Abendessen und dem Zubettgehen?	
Welche Vitamine ergänzen Sie pro Tag durch Tabletten und wieviel?	
Welche Mineral- Tabletten nehmen Sie pro Tag?	
Welche sonstigen Nahrungsergänzungsmittel oder Aminosäuren nehmen Sie zu sich?	

<b>9.) Thema Belastung</b>
Welche berufliche Tätigkeit üben Sie aus? Schichtdienst?
Sind Sie z.Z. für die Pflege von Angehörigen verantwortlich?
Wie empfinden Sie Ihre momentane seelische Belastung? Als: _____ angemessen _____ akzeptabel _____ zu wenig _____ zu viel _____ viel zuviel
Wie empfinden Sie Ihre momentane körperliche Belastung? Als: Als _____ angemessen _____ ok _____ zu wenig _____ zu viel _____ viel zuviel
Wie empfinden Sie Ihre momentane nervliche Belastung? Als: Als _____ ok _____ akzeptabel _____ zu wenig _____ zu viel _____ viel zuviel
Wie empfinden Sie Ihre momentan berufliche Belastung? Als: Als _____ ok _____ akzeptabel _____ zu wenig _____ zu viel _____ viel zuviel
Haben Sie z.Z. Sorgen, um die sich Ihre Gedanken Tag und Nacht kreisen?
Welche Arten der Entspannungsmöglichkeiten nutzen Sie? wöchentlich _____ mal je ca. _____ Minuten

Welche Arten von Fitness oder Bewegung praktizieren Sie regelmäßig?

Wie oft in der Woche? \_\_\_\_\_ mal

Wie lange? Je \_\_\_\_\_ Minuten

Mit was machen Sie sich hin und wieder eine Freude?

Wann ist Ihre durchschnittliche Bettgezeit? \_\_\_\_\_ Uhr

Können Sie gut einschlafen?

\_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Nein

Durchschlafen?

\_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Nein

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? \_\_\_\_\_ Stunden

Wann wachen Sie an Werktagen auf?

Ca. \_\_\_\_\_ Uhr

Stehen Sie zur Zeit gerne auf?

\_\_\_\_\_ Ja \_\_\_\_\_ Nein

Was würden Sie aus Ihrem Leben herausnehmen/ ändern, wenn Sie könnten?

Was ich sonst noch sagen möchte: