



# Kinderwunsch

Name: ..... Vorname: ..... Geb.Datum: .....

Beruf: .....

Kinderwunsch ohne Verhütung seit ..... Monaten

Schwangerschaft in früheren Partnerschaften (er oder sie)? .....

Gynäkologische Untersuchung der Partnerin, wenn ja bei wem? .....

Ergebnis: .....

Alter der Partnerin: .....

Bestehen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister) dauerhafte Erkrankungen oder Behinderungen? Wenn ja, welche?

.....

eigene Erkrankungen / Allergien: .....  
Medikamente oder Hormone, die regelmäßig eingenommen werden oder wurden:

.....

Welche Stressfaktoren liegen bei Ihnen vor? .....

Nikotin ...../pro Tag

Alkohol: .....Fl. Bier/ pro Tag .....Gl. Wein/ pro Tag  
..... Gl. Schnaps/ pro Tag

Wann begann bei Ihnen die Pubertät: .....Lebensjahr?

Wie häufig haben Sie Geschlechtsverkehr: ..... mal / pro Woche / pro Monat

Haben Sie Erektionsstörungen: .....

Hatten Sie **Entzündungen**? (Harnröhre, Hoden links/rechts, Nebenhoden links/rechts, Prostata, Mumps, sonstige):

.....

Sind Sie **operiert** worden? (insbesondere Bauch, Leiste, Hoden. Bitte Seite und Jahr angeben)

.....

Unfälle? .....

Bemerkungen: .....

**(Zum ersten Gespräch kommen Sie am besten zu zweit zur Paarberatung und bringen, falls vorhanden, Befunde des Frauenarztes mit.)**