

planBaby

Profil & Analyse

Der Fragebogen für Frauen

Der vorliegende Fragebogen hilft Ihnen dabei, strukturiert über Ihren Kinderwunsch nachzudenken. Er enthält alle Fragen, die hierfür von Bedeutung sein können.

Beantworten Sie bitte alle Fragen so genau und zutreffend wie möglich. Dies ist ganz einfach. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 30-45 Minuten. Dazu kommen noch jeweils 5 Minuten pro Tag für das Ernährungsprotokoll. Nehmen Sie sich also diese Stunde Zeit. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Die Ergebnisse Ihrer Auswertung mit persönlichen Empfehlungen erhalten Sie ca. 2 bis 3 Wochen, nachdem Sie den Fragebogen an uns geschickt haben.

Hierzu schreiben Sie bitte Ihren Absender auf die vorletzte Seite des Fragebogens. Diese Seite wird beim Eingang des Fragebogens in unserem Institut herausgetrennt. Fragebogen und Adressangabe werden also getrennt, die Auswertung des Fragebogens erfolgt in einer anderen Abteilung, deren Mitarbeiter nicht wissen, wer den Fragebogen ausgefüllt hat. Ihre Fragebogenangaben werden also völlig anonym ausgewertet. Beachten Sie dazu auch die Erklärung zum Datenschutz auf der letzten Seite.

Bitte geben Sie auf der vorletzten Seite auch die genaue Adresse des Sie betreuenden Frauenarztes an. Mit Ihrer Unterschrift erklären Sie Ihr Einverständnis, dass wir nach der Geburt mit Ihrem Arzt Kontakt aufnehmen dürfen und das Geburtsergebnis bzw. – wenn Sie sich in einer Kinderwunschbehandlung befinden, den Erfolg dieser Behandlung – von ihm erhalten.

Dies benötigen wir aus Forschungszwecken, um die Wirksamkeit unseres Programms zur Unterstützung von Kinderwunschbehandlungen überprüfen zu können.

Um Sie umfassend beraten zu können, benötigen wir auch – soweit dies möglich ist – den Fragebogen Ihres Partners (Der Fragebogen für Männer).

Wir möchten Ihnen empfehlen, die Fragebogen getrennt voneinander auszufüllen und sich nicht gegenseitig zu kontrollieren. Es ist ganz natürlich, dass es intime Bereiche im Leben gibt, die nur für einen selbst bestimmt sind. Unsere Auswertungen für Sie überschreiten niemals diese Diskretionsgrenze, Ihre jeweilige Intimsphäre bleibt geschützt.

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen und bitten Sie, uns die ausgefüllten Fragebogen baldmöglichst im beiliegenden Kuvert zurückzuschicken.

Wir wünschen Ihnen und Ihrem Partner viel Erfolg.

Falls Sie Fragen haben, wenden Sie sich an:

**Forschung, Beratung + Evaluation
c/o Charité Frauenklinik Campus Virchow
Postfach 100335
10563 Berlin
Frau Dr. Renate Kirschner
Email: renate.kirschner@charite.de**

Schulabschluss und Berufstätigkeit

1. **Welchen Schulabschluss haben Sie?**
Falls Sie mehrere Abschlüsse haben, geben Sie bitte den höchsten an!

- Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss 1
- Realschulabschluss (Mittlere Reife) /
Abschluss Polytechnische Oberschule 10. Klasse 2
- Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur
(Gymnasium bzw. EOS) und Fachoberschule) 3
- Hochschulabschluss 4
- Anderen Schulabschluss 5
- Noch keinen Schulabschluss / Schule ohne Abschluss beendet 6

2. **Welche Berufstätigkeit üben Sie derzeit aus?**
Sind Sie:

- Voll berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr) 1
- Teilzeit-berufstätig oder stundenweise beschäftigt 2
- In Ausbildung / Schülerin / Lehrling / Studentin 3
- Nicht berufstätig (Hausfrau) 4
- Nicht berufstätig (arbeitslos / arbeitssuchend) 5

Weiter mit Frage 4a

3. **Waren Sie schon einmal berufstätig?**

- Nein, nie berufstätig gewesen 2
- Ja, noch in den letzten 12 Monaten ... 1
- Ja, aber länger als 12 Monate her .. 3

Weiter mit Frage 6d

4a **Als was arbeiten Sie derzeit, bzw.– wenn Sie derzeit nicht arbeiten – als was haben Sie zuletzt gearbeitet?**

4b **Haben oder hatten Sie bei Ihrer Arbeit häufig mit Kindern oder Kleinkindern zu tun?**

- Ja 1
- Nein 2

4c **Haben oder hatten Sie häufig Kontakt mit Erde oder Sand?**

- Ja 1
- Nein 2

4d **Ist oder war Ihre Tätigkeit überwiegend?**

- Sitzend 1
- Stehend 2
- Gehend / aktiv 3
- Unterschiedlich 4

4e **Verrichten oder verrichteten Sie körperliche Arbeit?**

- Ja, leichte 1
- Ja, mittelschwere ... 2
- Ja, schwere 3
- Nein 4

Wie viele Stunden pro Tag?

 Stunden

5. **Wie häufig und wie stark fühlen bzw. fühlten Sie sich durch Arbeit und/oder Ausbildung im Allgemeinen belastet?**

- Häufigkeit:** Sehr häufig .. 1 Häufig 2 Gelegentlich 3 Selten 4 Nie 5
- Stärke:** Sehr stark 1 Stark 2 Es geht 3 Kaum 4 Gar nicht .. 5

6a Sind Sie bei der Arbeit / Ausbildung derzeit, bzw. waren Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig chemischen Stoffen oder Strahlen ausgesetzt?

Derzeit: ja 1 Derzeit: nein 2
 In den letzten 12 Monaten: ja 3 In den letzten 12 Monaten: nein 4

Weiter mit Frage 6d

6b Wenn derzeit oder in den letzten 12 Monaten "ja":
 In welcher Branche arbeiten/arbeiteten Sie?

Welche Produkte wurden hauptsächlich hergestellt bzw. welche Dienstleistungen wurden erbracht?

6c Kreuzen Sie bitte die Stoffe an, denen Sie bei der Arbeit ausgesetzt sind/waren:

Farben, Lacke, Lösungsmittel, Kleber <input type="checkbox"/> 1	Chrom oder Nickel <input type="checkbox"/> 1
Pflanzenschutzmittel, Unkrautbekämpfungsmittel <input type="checkbox"/>	Cadmium oder Blei <input type="checkbox"/>
Holzschutzmittel <input type="checkbox"/>	Quecksilber <input type="checkbox"/>
Desinfektionsmittel <input type="checkbox"/>	Röntgenstrahlen <input type="checkbox"/>
Teer, Teerprodukte <input type="checkbox"/>	Sonstiges (<i>bitte angeben</i>): <input type="checkbox"/>
Glas- oder Mineralfasern <input type="checkbox"/>	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>

6d Üben Sie ein Hobby aus, bei dem Sie mit Chemikalien oder giftigen Stoffen in Berührung kommen? Denken Sie auch an Arbeiten in der Wohnung, im Haus oder Garten.

☞ Nicht gemeint sind die üblichen Reinigungsmittel im Haushalt!

Ja 1 Nein 2 **▶ Weiter mit Frage 7**

Um welche Hobbys/Arbeiten handelt es sich?

Um welche Chemikalien oder Giftstoffe?

Rauchen und andere Drogen

7. Was trifft auf Sie zu?

Habe noch **nie** geraucht . 1 Habe **aufgehört** zu rauchen 2 Rauche **derzeit** 3

Rauchte insgesamt Anzahl Jahre <input type="text"/> <input type="text"/>	Rauche insgesamt Anzahl Jahre <input type="text"/> <input type="text"/>
Rauchte damals pro Tag Anzahl Zigaretten <input type="text"/> <input type="text"/>	Rauche heute pro Tag Anzahl Zigaretten <input type="text"/> <input type="text"/>
Aufgehört im Jahr .. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

8. Haben Sie in den letzten 12 Monaten sogenannte illegale Drogen verwendet?

Ja 1 Nein 2 **▶ Weiter mit Frage 9a**

Wie häufig in den letzten 12 Monaten?

Cannabis <input type="text"/> <input type="text"/> mal	Amphetamine <input type="text"/> <input type="text"/> mal	Psylocybin oder "Magic Mushrooms" . <input type="text"/> <input type="text"/> mal
Ecstasy <input type="text"/> <input type="text"/> mal	Crystal <input type="text"/> <input type="text"/> mal	Andere Drogen <input type="text"/> <input type="text"/> mal
Kokain und Crack ... <input type="text"/> <input type="text"/> mal	Halluzinogene/"Trips" .. <input type="text"/> <input type="text"/> mal	(<i>bitte angeben welche</i>):
LSD <input type="text"/> <input type="text"/> mal	Heroin <input type="text"/> <input type="text"/> mal	<input style="width: 100%; height: 30px;" type="text"/>

Ernährung und Gewicht

9a Welchem Ernährungstyp würden Sie sich zuordnen? **Bitte nur eine Nennung!**

Schnell & Bequem 1 Traditionell & Gut 3 Exklusiv & Genussvoll ... 5
 Gesund & natürlich 2 Gesund & Fit 4 Schnell & Preiswert 6

9b Wie viele Portionen (etwa eine Handvoll) Obst und Gemüse essen Sie im allgemeinen pro Tag?

Pro Tag ca. Portionen Esse kein Obst und Gemüse 1

10a Wie groß sind Sie und wieviel Kilo wiegen Sie? Größe ... cm Gewicht ... kg

10b Welchen Taillenumfang messen Sie auf der Höhe des Bauchnabels? cm

10c Welchen Hüftumfang messen Sie an der breitesten Stelle der Hüfte? cm

10d Wie schätzen Sie selbst Ihr Gewicht ein?

Eher zu hoch 1 Gerade richtig 2 Eher zu niedrig 3

11a Sind Sie Vegetarier oder Veganer? Ja 1 Nein 2

11b Haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Diät oder besondere Ernährungsweise durchgeführt?

Ja, eine 1 } und zwar:
 Ja, mehrere 2 }
 Nein 3

11c Essen Sie häufig rohes Fleisch (Tartar, Fleischcarpaccio) oder rohen Fisch (Sushi, Fischcarpaccio)? Ja 1 Nein 2

11d Essen Sie häufig Rohmilchprodukte? Ja 1 Nein 2
 Weiß nicht / kenne ich nicht 3

11e Wie viele Kaugummis kauen Sie ungefähr pro Woche? Ungefähr Kaugummis Keine 1

11f Wie häufig essen Sie pro Monat Salzwasserfische oder Meeresfrüchte? Ungefähr mal im Monat Nie 1

12. Wie häufig nehmen Sie die einzelnen Getränke zu sich? Denken Sie dabei bitte an die letzten 4 Wochen.
Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Mehr- mals täglich	Täglich bzw. fast täglich	Mehr- mals in der Woche	Etwa 1mal in der Woche	2-3mal im Monat	1mal im Monat oder seltener	Nie
	1	2	3	4	5	6	7
Milch, Milchgetränke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee mit Koffein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kaffee ohne Koffein (z.B. Kaffee Hag)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ersatzkaffee (z.B. Malzkaffee)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwarzer Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grüner Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Früchtetee / Aromatee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kräutertee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholfreies Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Light-Bier und alkoholarmses Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung Frage 12	Mehr- mals täglich	Täglich bzw. fast täglich	Mehr- mals in der Woche	Etwa 1mal in der Woche	2-3mal im Monat	1mal im Monat oder seltener	Nie
	1	2	3	4	5	6	7
Bier mit normalem oder höherem Alkoholgehalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wein, Sekt, Obstwein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkopops	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochprozentige alkoholische Getränke (Rum, Weinbrand, Likör, klare Schnäpse u.ä.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multivitaminsäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obst- und Gemüsesäfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mineralwasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leitungswasser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erfrischungsgetränke (Limonade, Fruchtsaft- getränke, Brause, Cola, Tonic Wasser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportlergetränke (z.B. "Isostar", "Gatorade")	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.	Wenn Sie die folgenden Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann üblicherweise pro Tag? ☞ <i>Bitte für jedes Getränk gesondert ankreuzen!</i>																																																								
	<p>Milch, Milchgetränke (Bitte denken Sie hier z.B. auch an Buttermilch oder Kefir) <u>Tassen:</u> gemeint sind normale Kaffeetassen mit 150 ml</p> <p>Mehr als 6 Tassen <input type="checkbox"/> 1</p> <p>5 bis 6 Tassen <input type="checkbox"/> 2</p> <p>3 bis 4 Tassen <input type="checkbox"/> 3</p> <p>1 bis 2 Tassen <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Weniger als 1 Tasse <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Trinke (fast) nie Milch <input type="checkbox"/> 6</p>	<p>Kaffee <u>Tassen:</u> gemeint sind normale Kaffeetassen mit 150 ml</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Mit Koffein</td> <td style="text-align: center;">Ohne Koffein bzw. Ersatz-/Malzkaffee</td> </tr> <tr> <td>Mehr als 6 Tassen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>5 bis 6 Tassen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>3 bis 4 Tassen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>1 bis 2 Tassen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>Weniger als 1 Tasse</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>Trinke (fast) nie Kaffee</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> </table>		Mit Koffein	Ohne Koffein bzw. Ersatz-/Malzkaffee	Mehr als 6 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	5 bis 6 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	3 bis 4 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	1 bis 2 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	Weniger als 1 Tasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5	Trinke (fast) nie Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6																																		
		Mit Koffein	Ohne Koffein bzw. Ersatz-/Malzkaffee																																																						
	Mehr als 6 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1																																																						
5 bis 6 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2																																																							
3 bis 4 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3																																																							
1 bis 2 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4																																																							
Weniger als 1 Tasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5																																																							
Trinke (fast) nie Kaffee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6																																																							
<p>Tee Gemeint sind normale Tassen mit 150 ml</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Schwarzer Tee</td> <td style="text-align: center;">Grüner Tee</td> <td style="text-align: center;">Kräuter-/Früchte-/Aromatee</td> </tr> <tr> <td>Mehr als 6 Tassen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>5 bis 6 Tassen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>3 bis 4 Tassen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>1 bis 2 Tassen</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>Weniger als 1 Tasse</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>Trinke (fast) nie Tee</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> </table>		Schwarzer Tee	Grüner Tee	Kräuter-/Früchte-/Aromatee	Mehr als 6 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	5 bis 6 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	3 bis 4 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	1 bis 2 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	Weniger als 1 Tasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5	Trinke (fast) nie Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6	<p>Bier</p> <table border="0"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">Alkohol-frei</td> <td style="text-align: center;">Alkoholarmlarm, Light-Bier</td> <td style="text-align: center;">Normaler Alkohol-gehalt</td> </tr> <tr> <td>Mehr als 2 Liter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 1</td> </tr> <tr> <td>1 bis 2 Liter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 2</td> </tr> <tr> <td>½ bis 1 Liter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 3</td> </tr> <tr> <td>¼ bis ½ Liter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 4</td> </tr> <tr> <td>Weniger als ¼ Liter</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 5</td> </tr> <tr> <td>Trinke (fast) nie Bier</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> 6</td> </tr> </table>		Alkohol-frei	Alkoholarmlarm, Light-Bier	Normaler Alkohol-gehalt	Mehr als 2 Liter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1	1 bis 2 Liter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2	½ bis 1 Liter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3	¼ bis ½ Liter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4	Weniger als ¼ Liter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5	Trinke (fast) nie Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6
	Schwarzer Tee	Grüner Tee	Kräuter-/Früchte-/Aromatee																																																						
Mehr als 6 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1																																																						
5 bis 6 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2																																																						
3 bis 4 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3																																																						
1 bis 2 Tassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4																																																						
Weniger als 1 Tasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5																																																						
Trinke (fast) nie Tee	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6																																																						
	Alkohol-frei	Alkoholarmlarm, Light-Bier	Normaler Alkohol-gehalt																																																						
Mehr als 2 Liter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1																																																						
1 bis 2 Liter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 2																																																						
½ bis 1 Liter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 3																																																						
¼ bis ½ Liter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 4																																																						
Weniger als ¼ Liter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 5																																																						
Trinke (fast) nie Bier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 6																																																						
<p>Wein, Sekt, Obstwein, Alkopops <u>Gläser:</u> gemeint sind Gläser mit 0,2 Liter</p> <p>5 Gläser und mehr <input type="checkbox"/> 1</p> <p>4 Gläser <input type="checkbox"/> 2</p> <p>3 Gläser <input type="checkbox"/> 3</p> <p>2 Gläser <input type="checkbox"/> 4</p> <p>1 Glas <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Weniger als 1 Glas <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Trinke (fast) nie Wein, Sekt, Obstwein <input type="checkbox"/> 7</p>	<p>Hochprozentige alkoholische Getränke (Rum, Weinbrand, Likör, Schnaps u.ä.) <u>Kleine Gläser:</u> gemeint sind Gläser mit 2 cl</p> <p>10 kleine Gläser und mehr <input type="checkbox"/> 1</p> <p>5 bis 9 kleine Gläser <input type="checkbox"/> 2</p> <p>3 bis 4 kleine Gläser <input type="checkbox"/> 3</p> <p>2 kleine Gläser <input type="checkbox"/> 4</p> <p>1 kleines Glas <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Weniger als 1 kleines Glas <input type="checkbox"/> 6</p> <p>Trinke (fast) nie Hochprozentiges <input type="checkbox"/> 7</p>																																																								

Körperliche Aktivität und Sport

14a Wie oft betreiben Sie im Laufe einer Woche üblicherweise Gymnastik oder Sport?

- Regelmäßig mehr als 10 Stunden pro Woche (Leistungssport) ... 1
 Regelmäßig 4 bis 10 Stunden pro Woche 2
 Regelmäßig 2 bis 4 Stunden pro Woche 3
 Regelmäßig 1 bis 2 Stunden pro Woche 4
 Weniger als 1 Stunde pro Woche 5

Mache **nie**
Gymnastik oder Sport

Weiter mit
Frage 15

14b Wenn Sie Gymnastik oder Sport betreiben, um was handelt es sich?

- Schwimmen 1 Radfahren 4 Wandern 7 Fitness/Gymnastik .. 10
 Tanzen 2 Skifahren 5 Tennis/Tischtennis .. 8 Squash 11
 Joggen/Walken 3 Fußball 6 Handball 9 Badminton 12

Sonstiges (bitte angeben:)

Gesundheitszustand, Krankheiten, Beschwerden

15. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben?

- Sehr gut 1 Gut 2 Befriedigend ... 3 Schlecht 4 Sehr schlecht .. 5

16a Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie in den letzten 12 Monaten?

16b Wurden diese Krankheiten mit Medikamenten behandelt?

16c Wenn ja: womit? Geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.

17a Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie auch in den letzten 4 Wochen?

17b Wurden diese Krankheiten mit Medikamenten behandelt?

17c Wenn ja: womit? Geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.

	In den letzten 12 Monaten			In den letzten 4 Wochen		
	16a	16b	16c	17a	17b	17c
	Ja, hatte ich	Ja, wurde medikamentös behandelt	Name des Medikaments	Ja, hatte ich	Ja, wurde medikamentös behandelt	Name des Medikaments
	1	2		1	2	
1. Akne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2. Allergie (Heuschnupfen, Neurodermitis, Kontaktekzem)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3. Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4. Bandscheibenvorfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5. Blutarmut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Bluthochdruck, Hypertonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Bronchitis (chronisch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Bronchitis (akut)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Durchblutungsstörung an den Beinen, arterielle Verschlusskrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. Durchblutungsstörung des Gehirns	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11. Eisenmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12. Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13. Erhöhte Blutfette, erhöhtes Cholesterin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung	In den letzten 12 Monaten			In den letzten 4 Wochen		
	16a	16b	16c	17a	17b	17c
	Ja, hatte ich	Ja, wurde medikamentös behandelt	Name des Medikaments	Ja, hatte ich	Ja, wurde medikamentös behandelt	Name des Medikaments
	1	2		1	2	
14. Essstörung / Bulimie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15. Gallenblasenentzündung oder Gallensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16. Gelenk- oder Wirbelsäulenerkrankungen (HWS, LWS)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17. Gelenkverschleiß, Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18. Gicht oder Harnsäureerhöhung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19. Glutenunverträglichkeit (Sprue)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20. Grippe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21. Gürtelrose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
22. Herzerkrankung / Durchblutungsstörungen am Herzen (Angina Pec) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
23. Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
24. Herzschwäche, Herzasthma, Herzinsuffizienz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
25. Knochenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
26. Krampfadern, "offenes Bein"	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
27. Krebserkrankung, bösartiger Tumor (einschließlich Blutkrebs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
28. Leberentzündung, Hepatitis, ansteckende Gelbsucht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
29. Leberschrumpfung, Leberzirrhose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
30. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Ulcuskrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
31. Magenschleimhautentzündung, Gastritis ..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
32. Magersucht / Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
33. Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
34. Multiple Sklerose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
35. Niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
36. Nierenbeckenentzündung, Pyelonephritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
37. Nierenkolik, Nierensteine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
38. Ödeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
39. Psychische Erkrankung (z.B. Angstzustände, Depression, Psychose)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
40. Schilddrüsenüberfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
41. Schilddrüsenunterfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
42. Schilddrüsenkrankheiten (sonstige) ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
43. Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Fortsetzung	In den letzten 12 Monaten			In den letzten 4 Wochen		
	16a Ja, hatte ich	16b Ja, wurde medikamentös behandelt	16c Name des Medikaments	17a Ja, hatte ich	17b Ja, wurde medikamentös behandelt	17c Name des Medikaments
	1	2		1	2	
44. Sucht- oder Abhängigkeitserkrankung (Medikamente, Drogen, Alkohol)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
45. Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
46. Thromboseneigung (Gerinnungsstörung) Faktor V-Leiden (APC-Resistenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
47. Glukoseintoleranz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
48. Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
49. Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus Typ II ...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Krankheiten (<i>bitte angeben</i>):						
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatte keine dieser Krankheiten	<input type="checkbox"/>					

18a Welche der folgenden Erkrankungen der Geschlechtsorgane hatten Sie jedemals?

18b Welche hatten Sie in den letzten 12 Monaten?

18c Wenn in den letzten 12 Monaten: Mit welchen Medikamenten wurden diese Krankheiten behandelt?

	18a Ja, hatte ich jemals	18b Ja, hatte ich in den letzten 12 Monaten	18c Name des Medikaments
	1	2	
1. Bakterielle Scheidenentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ▶	_____
2. Scheidenpilze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ▶	_____
3. Chlamydien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ▶	_____
4. Trichomonaden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ▶	_____
5. Gonorrhoe (Tripper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ▶	_____
6. HPV (Humanes Papilloma-Virus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ▶	_____
7. Herpes-Genitalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ▶	_____
8. Harnwegsinfektionen (Blasenentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ▶	_____
9. Entzündung des Muttermundes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ▶	_____
10. Eierstockentzündung / Eileiterentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ▶	_____
11. Entzündung der Gebärmutter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ▶	_____
Andere Vaginalinfektionen (<i>bitte angeben</i>):			
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ▶	_____

18d Wie viele Vaginalinfektionen, die behandelt werden mussten, hatten Sie ungefähr in Ihrem Leben? Ungefähr Vaginalinfektionen Keine 1

19a Wie viele unterschiedliche Sexualpartner hatten Sie ungefähr in Ihrem Leben? Ungefähr Sexualpartner

19b Benutzen Sie Slupeinlagen oder Binden?
 Ja, während der Periode 1 Ja, oft auch außerhalb der Periode 2 Nein 3

19c Benutzen Sie bei der Intimhygiene Intimsprays, Feuchttücher oder Seife? Ja 1 Nein 2

19d Tragen Sie häufig synthetische Unterwäsche? Ja 1 Nein 2

20. Wurden bei Ihnen jemals Operationen oder andere Eingriffe im Bauch oder im Unterleib vorgenommen?

Ja 1

Nein 2 ►

Weiter mit Frage 21

Welche und in welchem Jahr zuletzt?

Ja **Jahr**

1

Bauchspiegelung

Gebärmutter Spiegelung

Gebärmutterausschabung (Kürettage / Abortkürettage)

Eierstockentfernung (Ovarektomie)

Ausschneidung am Muttermund (Konisation)

Entfernung von Myomen, Polypen, Septum, Eileitern

Zystenentfernung

Diagnose und Behandlung der Endometriose

Diagnose und Behandlung der Eileiterschwangerschaft

Entfernung von Feigwarzen (Condylomen)

Abklärung bei ungewollter Kinderlosigkeit (Sterilität)

Blinddarmoperation

Eileiteroperation

Sonstige Operationen oder Eingriffe im Bauch oder Unterleib
(bitte angeben):

.....

**21. Welche der folgenden Erkrankungen traten bei Ihnen jemals auf bzw. welche Diagnosen wurden jemals gestellt?
Für jede Erkrankung / Diagnose: In welchem Jahr (zuletzt)?**

Ja **(Zuletzt) im Jahr**

1

Ja **(Zuletzt) im Jahr**

1

Borreliose
(Zeckenbiss-Erkrankung)

Listeriose

Brustkrebs

Myome

Eierstockkrebs

Polyzystisches Ovarsyndrom
(PCOS)

Eileiterentzündung (Adnexitis)

Prolaktinom/Hyperprolaktinämie

Endometriose

Sonstige Krebsarten

Erhöhte Testosteronwerte

Thrombophilie/Thromboseneigung

Erhöhte Prolaktinwerte

Toxoplasmose

Gebärmutterhalskrebs

Verwachsungen im Bauchraum

Gebärmutterhalsveränderung
(PAP-Befund)

Zysten

Gutartige Erkrankung der
Brustdrüse

Andere Erkrankung / Diagnose:
(bitte angeben):

Hormonelle Überstimulation

.....

Insulinresistenz

Kondylome (Feigwarzen)

Keine dieser Erkrankungen

22. Wie stark sind Sie derzeit durch Ereignisse in Familie, Beruf (oder Anderem) belastet? Und wie war das vor 12 Monaten?

Sehr stark Überhaupt nicht

1 2 3 4 5 6 7

Derzeit

Vor 12 Monaten

Frühere Schwangerschaften

23a Wie oft waren Sie insgesamt schwanger?

Insgesamt mal schwanger Noch nie ... ▶ Weiter mit Frage 26

23b Sind diese Schwangerschaften (ist diese Schwangerschaft) mit Ihrem derzeitigen Partner eingetreten? Ja (mindestens (eine) ... ₁ Nein ₂

23c Sind diese Schwangerschaften (ist diese Schwangerschaft) auf natürliche Weise entstanden oder durch eine Kinderwunschbehandlung? Auf natürliche Weise (mindestens eine) ₁
Durch Kinderwunschbehandlung(en) ₂

23d Wie viele Schwangerschaften wurden abgebrochen?

Insgesamt Schwangerschaften Keine ₁ ▶ Weiter mit Frage 23f

23e Wurde eine Schwangerschaft wegen einer diagnostizierten schweren Erkrankung des Embryos oder Foetus (z.B. Chromosomenanomalie, Fehlbildung) abgebrochen? Nein ₁
Ja, Chromosomenanomalie ₂
Ja, Fehlbildung ₃
Ja, andere Erkrankung ₄

23f Ist bei Ihnen eine Bauchhöhlenschwangerschaft, Eileiterschwangerschaft (Extrauterin gravidität) festgestellt worden? Nein ₁ Ja ₂ ▶ Wie häufig? mal

23g Ist bei Ihnen schon einmal eine Fehlgeburt oder Totgeburt aufgetreten? Nein ₁ Ja ₂ ▶ Wie häufig? mal

24. Wie viele Kinder haben Sie insgesamt geboren?

Insgesamt Kinder Kein Kind ▶ Weiter mit Frage 26

Bitte geben Sie für jedes Kind an:

	a) Geburtsjahr	b) Geburtsgewicht in Gramm	c) Schwangerschafts- Woche
1. Kind	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
2. Kind	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
3. Kind	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
4. Kind	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

25. Sind bei Ihrem Kind / Ihren Kindern vor oder nach der Geburt Krankheiten oder Behinderungen festgestellt worden?

Nein ₁ Ja ₂ ▶ Welche?

26. Stellen Sie beim Zähneputzen häufiger fest, dass das Zahnfleisch blutet?

Ja, stark 1 } **Sind oder waren Sie deshalb aktuell**
 Ja, etwas 2 } **in zahnärztlicher Behandlung** Ja 1 Nein 2
 Nein 3

27. Wie viele Ihrer Zähne sind mit Amalgam gefüllt?

Ungefähr ... Zähne ► **Wann wurden bei Ihnen Zähne zuletzt mit Amalgam gefüllt?**
 In den letzten 12 Monaten 1 Vor ca. ... Jahren
 Kein Zahn 1

28. Wie viele Tage waren Sie in den vergangenen 12 Monaten so krank, dass Sie Ihrer üblichen Tätigkeit nicht nachgehen konnten?

Insgesamt Tage Keinen Tag 1

29. Insgesamt wie viele Nächte waren Sie in den vergangenen 12 Monaten zur stationären Behandlung in einem Krankenhaus aufgenommen?

Insgesamt .. Nächte ► **Was waren die Gründe dafür?**

 Keine Nacht 1

30. Wie sehr litten Sie in den letzten 12 Monaten unter den folgenden Beschwerden?

	Stark	Mäßig	Kaum	Gar nicht
	1	2	3	4
☞ Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!				
Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwächegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Druck- oder Völlegefühl im Leib	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mattigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übelkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sodbrennen oder saures Aufstoßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grübeleien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Starkes Schwitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kreuz- oder Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Innere Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhe in den Beinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen Wärme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Überempfindlichkeit gegen Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übermäßiges Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nacken- oder Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ungewollte Gewichtsabnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesundheitsvorsorge

31. Welche der folgenden Vitamine und Mineralstoffe haben Sie in den letzten 4 Wochen in Form von Tabletten, Pulvern oder Säften wie häufig zu sich genommen?

	Täglich 1	2-3mal pro Woche 2	Seltener/ nie 3
Folsäure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jod	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magnesium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Calcium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Multivitaminpräparat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie Vitamine / Mineralstoffe eingenommen haben:
**Um welche Präparate handelt es sich?
Nennen Sie bitte die Namen der Produkte:**

32. Gegen einige Infektionskrankheiten ist man geschützt, wenn man sich impfen lässt oder wenn man diese Krankheit schon durchgemacht hat. Gegen welche der folgenden Infektionskrankheiten sind Sie geschützt, entweder durch Impfung oder weil Sie diese Krankheit schon durchgemacht haben?

	Geschützt 1	Nicht geschützt 2	Weiß nicht 3
Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Influenza (Virusgrippe)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pertussis (Keuchhusten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Poliomyelitis (Kinderlähmung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetanus (Wundstarrkrampf)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varizella (Windpocken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FSME-Zeckeninfektion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Krankheiten in der Familie

33. Welche der folgenden Krankheiten oder Ereignisse sind in Ihrer Herkunftsfamilie, also bei Großeltern, Eltern oder Geschwistern, aufgetreten?

Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft!

1. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten	<input type="checkbox"/>	11. Unfruchtbarkeit / ungewollte Kinderlosigkeit ...	<input type="checkbox"/>
2. Andere Fehlbildungen	<input type="checkbox"/>	12. Zystenniere	<input type="checkbox"/>
3. Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	13. Fehlgeburten	<input type="checkbox"/>
4. Hypertonie (Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/>	14. Frühgeburten	<input type="checkbox"/>
5. Andere Herz-Kreislaufkrankheiten	<input type="checkbox"/>	15. Erkrankungen der Atemwege	<input type="checkbox"/>
6. Mukoviszidose	<input type="checkbox"/>	Andere Krankheiten (<i>bitte angeben</i>):	<input type="checkbox"/>
7. Schilddrüsenerkrankungen	<input type="checkbox"/>		
8. Krampfadern, Thrombosen, Venenerkrankungen ..	<input type="checkbox"/>		
9. Chromosomenveränderungen (Trisomien)	<input type="checkbox"/>		
10. Krebserkrankungen	<input type="checkbox"/>		

Keine dieser Krankheiten in der Herkunftsfamilie

Kinderwunsch / Sie wollen schwanger werden

36. Wie verhüten Sie bzw. wie haben Sie bisher verhütet?

Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft!

Habe noch nie verhütet 1 Weiter mit Frage 38a

Verhüte bzw. verhütete durch: 1

Pille Welches Präparat?

Kondome

Femidom (Kondom für Frauen)

Vaginalschaum, Zäpfchen

Spirale

Diaphragma

Koitus interruptus

Zykluscomputer

Sonstiges Bitte angeben:

37. Verhüten Sie derzeit (noch) eine Schwangerschaft?

Nein 1

Ja 2

Weiter mit Frage 39a

Vor wie vielen Monaten haben Sie aufgehört zu verhüten? Vor Monaten

38a. Wie viele Regelblutungen hatten Sie seit Absetzen der Pille bzw. der Verhütung bis heute?
Falls Sie noch nie verhütet haben, geben Sie dies bitte für die letzten 12 Monate an.

Ungefähr Regelblutungen Keine Weiter mit Frage 39a

38b. Wie war der Abstand zwischen zwei Regelblutungen (Zyklusdauer, Zykluslänge)?
(1. Blutungstag bis zum nächsten ersten Blutungstag)

Regelmäßig 1 zwischen Tagen und Tagen

Unregelmäßig 1 der kleinste Abstand betrug Tage

der größte Abstand betrug Tage

38c. Wie ist bei Eintritt der Regelblutung die Blutungsstärke üblicherweise?

Leicht 1 Mittel 2 Stark 3

38d. Wie viele Tage dauert die Regelblutung üblicherweise? Tage

38e. Haben Sie Schmierblutungen vor der eigentlichen Regelblutung?

Häufig 1 Selten 2 Nie 3

39a. Haben Sie Schmerzen bei der Regelblutung?

Ja, schon immer 1

Ja, seit einiger Zeit .. 2

Nein 3

Weiter mit Frage 40a

39b. Nehmen die Schmerzen in letzter Zeit zu?

Ja 1

Nein 2

Weiter mit Frage 40a

39c	<p>Wann setzen die Schmerzen üblicherweise ein und wann sind Sie am stärksten?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"></td> <td style="text-align: center; border: none;">Setzen ein 1</td> <td style="text-align: center; border: none;">Sind am stärksten 2</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Vor Einsetzen der Blutung</td> <td style="text-align: center; border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Mit dem Einsetzen der Blutung</td> <td style="text-align: center; border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center; border: none;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		Setzen ein 1	Sind am stärksten 2	Vor Einsetzen der Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mit dem Einsetzen der Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																					
	Setzen ein 1	Sind am stärksten 2																													
Vor Einsetzen der Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
Mit dem Einsetzen der Blutung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																													
40a	<p>Manchmal treten auch Störungen der sexuellen Lust oder Erlebnisfähigkeit auf. Wie häufig traten diese in den letzten 12 Monaten bei Ihnen auf?</p> <p>Sehr sehr selten <input type="checkbox"/> 1 Selten <input type="checkbox"/> 2 Ab und zu <input type="checkbox"/> 3 Häufiger <input type="checkbox"/> 4 Überhaupt nicht 5 <input type="checkbox"/> ► Weiter mit Frage 41a</p>																														
40b	<p>Um welche Störungen handelt es sich und wie stark fühlen Sie sich dadurch belastet?</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 30%;"></th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Nein 1</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Ja 2</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Stark belastet 1</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Etwas belastet 2</th> <th style="text-align: center; width: 10%;">Nicht belastet 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Störungen des sexuellen Verlangens</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ►</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Störungen der Erregung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ►</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Orgasmusstörungen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ►</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Schmerzen oder Krämpfe beim Verkehr</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> ►</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>		Nein 1	Ja 2	Stark belastet 1	Etwas belastet 2	Nicht belastet 3	Störungen des sexuellen Verlangens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Störungen der Erregung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Orgasmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schmerzen oder Krämpfe beim Verkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nein 1	Ja 2	Stark belastet 1	Etwas belastet 2	Nicht belastet 3																										
Störungen des sexuellen Verlangens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Störungen der Erregung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Orgasmusstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
Schmerzen oder Krämpfe beim Verkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																										
41a	<p>Haben Sie auch außerhalb der Periode Schmerzen im Unterleib?</p> <p>Ja, häufig und stark <input type="checkbox"/> 1 Ja, gelegentlich und leicht <input type="checkbox"/> 2 Nein <input type="checkbox"/> 3</p>																														
41b	<p>Bemerken Sie vor und während der Periode Blutbeimengungen im Urin oder Stuhl?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein <input type="checkbox"/> 2</p>																														
42.	<p>In welchem Alter ...</p> <p>– war die erste Regelblutung? Im Alter von <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Jahren</p> <p>– hat die Brustentwicklung eingesetzt? Im Alter von <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Jahren</p> <p>– entwickelte sich die Intimbehaarung? Im Alter von <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Jahren</p>																														
43.	<p>Haben Sie in letzter Zeit ...</p> <p>– eine Zunahme der Körperbehaarung festgestellt? Ja .. <input type="checkbox"/> 1 Nein. <input type="checkbox"/> 2</p> <p>– verstärkten Haarausfall beobachtet? Ja .. <input type="checkbox"/> 1 Nein. <input type="checkbox"/> 2</p> <p>– (verstärkt) Akne festgestellt? Ja .. <input type="checkbox"/> 1 Nein. <input type="checkbox"/> 2</p>																														
44.	<p>Nur an maximal sechs Tagen in einem Zyklus – etwa fünf Tage vor dem Tag des Eisprungs und am Tag des Eisprungs selbst – kann eine Frau schwanger werden. Es gibt bestimmte Methoden, die fruchtbaren Tage zu bestimmen bzw. einzugrenzen. Verwenden Sie derartige Methoden?</p> <p>Ja <input type="checkbox"/> 1 Nein 2 <input type="checkbox"/> ► Weiter mit Frage 45a</p> <p>Welche Methoden sind das? ☞ Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft! 1</p> <p>A Messung der morgendlichen Temperatur (Basaltemperaturmethode) <input type="checkbox"/></p> <p>B Schleimstrukturmethode <input type="checkbox"/></p> <p>C Kombination aus A und B (Symptothermale Methode) <input type="checkbox"/></p> <p>D Kalendermethode <input type="checkbox"/></p> <p>E Temperaturcomputer / Temperaturmessung <input type="checkbox"/></p> <p>F Hormoncomputer <input type="checkbox"/></p> <p>G LH-Messstäbchen <input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige Methode (bitte angeben): <input style="width: 200px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>																														

45a **Wie häufig pro Monat haben Sie mit Ihrem Partner Geschlechtsverkehr ohne Empfängnisverhütung?** Ungefähr ... mal pro Monat

45b **Achten Sie darauf, dass der Geschlechtsverkehr gerade auch an den befruchtungsfähigen Tagen stattfindet?**
 Ja, regelmäßig 1 Ja, sehr häufig ... 2 Ja, eher selten 3 Nein, nie 4

46. **Haben Sie sich schon einmal Gedanken und Sorgen gemacht, warum Sie nicht schneller schwanger werden?**
 Ja 1 ► **Haben Sie mit Ihrem Partner darüber gesprochen?** Ja Nein
Haben Sie mit Ihrem Frauenarzt darüber gesprochen? Ja Nein
 Nein 2

47. **Was trifft auf Sie und Ihren Partner hinsichtlich des Kinderwunsches derzeit zu?**
 ☞ **Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft!** 1

Wir planen in Kürze mit der Schwangerschaftsverhütung aufzuhören

Wir haben die Verhütung vor kurzem beendet

Wir haben die Verhütung schon vor längerer Zeit beendet

Wir hoffen (weiter) auf natürlichem Wege eine Schwangerschaft zu erreichen

Wir haben schon über eine mögliche Kinderwunschbehandlung nachgedacht

Wir haben uns bereits über eine mögliche Kinderwunschbehandlung eingehend informiert

Wir stehen kurz vor der Kinderwunschbehandlung

Wir lassen derzeit die erste Kinderwunschbehandlung durchführen

Wir lassen derzeit wiederholt eine Kinderwunschbehandlung durchführen

Wir haben bisher ohne Erfolg eine oder mehrere Kinderwunschbehandlung(en) durchführen lassen

Wir haben bisher mit Erfolg eine oder mehrere Kinderwunschbehandlung(en) durchführen lassen

Die Fragen 48 bis 53 bitte nur ausfüllen, wenn trotz Kinderwunsch die Schwangerschaft bisher ausgeblieben ist:

48. **Sind wegen der ausbleibenden Schwangerschaft bei Ihnen schon irgendwelche diagnostischen und/oder therapeutischen Maßnahmen durchgeführt worden?**
 Ja 1 Nein 2 ► **Weiter mit Frage 54a - Statistik**

49a **Wurde Ihre Schilddrüse bereits untersucht?**
 Ja 1 Nein 2 } **Weiter mit Frage 50**
 Weiß nicht 3

49b **Mit welchen Verfahren und in welchem Jahr (zuletzt)?**

Tastuntersuchung 1 }
 Ultraschall } (zuletzt) im Jahr
 Bluttest }

49c **Welche Befunde ergaben sich?**

Jodmangel 1
 Schilddrüsenunterfunktion 2
 Schilddrüsenüberfunktion 3
 Immunstörung / Entzündung 4
 Sonstiges (bitte angeben): ►
 Keine 5

50. Wurde bei Ihnen der Immunstatus bereits überprüft?

Nein 1 Ja 2

Röteln ► zuletzt im Jahr

Varizellen ► zuletzt im Jahr

Hepatitis B ► zuletzt im Jahr

In Bezug auf andere Infektionskrankheiten? ► welche?

51a Wurde die Durchgängigkeit Ihrer Eileiter bereits untersucht?

Ja 1 Nein 2 ► **Weiter mit Frage 52a**

51b Mit welchem Verfahren und in welchem Jahr (zuletzt)?

Ultraschall 1

Röntgen 2

Bauchspiegelung (Laparoskopie) 3

(Zuletzt) im Jahr

51c Welche Befunde ergaben sich?

Eileiter links durchgängig ... 1 verschlossen ... 2

Eileiter rechts durchgängig ... 1 verschlossen ... 2

Sonstige Befunde (bitte angeben):

52a Wurden bei Ihnen andere Untersuchungen, z.B. Chromosomenuntersuchungen und/oder genetische Tests, durchgeführt?

Ja 1 Nein 2 ► **Weiter mit Frage 53**

Welche Untersuchungen bzw. Tests?

52b Waren die Befunde auffällig oder unauffällig?

Auffällig 1 Unauffällig 2 ► **Weiter mit Frage 53**

Welche Befunde gab es?

53. Ist bereits mindestens eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt worden?

Ja ₁

Nein ₂ ▶

Weiter mit Frage 54a - Statistik

In wie vielen Zyklen wurden diese bisher durchgeführt? In Zyklen

In welchem Monat und welchem Jahr fanden die Behandlungen statt?

Monat	Jahr	Monat	Jahr	Monat	Jahr	Monat	Jahr
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Welche Methoden kamen in wie vielen Zyklen zur Anwendung?

	Kam zur Anwendung	Anzahl
Zykluskontrolle mit Geschlechtsverkehr an befruchtungsfähigen Tagen	<input type="checkbox"/> ₁ in	<input type="text"/> <input type="text"/> Zyklen
Ausgleich einer Prolaktinerhöhung	<input type="checkbox"/> in	<input type="text"/> <input type="text"/> Zyklen
Ausgleich einer Testosteronerhöhung	<input type="checkbox"/> in	<input type="text"/> <input type="text"/> Zyklen
Ausgleich einer Schilddrüsenfunktionsstörung	<input type="checkbox"/> in	<input type="text"/> <input type="text"/> Zyklen
Ausgleich einer latenten Diabetes (Metformin)	<input type="checkbox"/> in	<input type="text"/> <input type="text"/> Zyklen
Hormonelle Anregung der Eierstöcke (z.B. Clomifen, Menogon, Puregon, Gonal)	<input type="checkbox"/> in	<input type="text"/> <input type="text"/> Zyklen
Samenübertragung mit Samen des Partners	<input type="checkbox"/> in	<input type="text"/> <input type="text"/> Zyklen
Samenübertragung mit Spendersamen	<input type="checkbox"/> in	<input type="text"/> <input type="text"/> Zyklen
Künstliche Befruchtung (IVF)	<input type="checkbox"/> in	<input type="text"/> <input type="text"/> Zyklen
Künstliche Befruchtung (IVF) mit Mikroinjektion (ICSI)	<input type="checkbox"/> in	<input type="text"/> <input type="text"/> Zyklen
Auftauzyklus (Kyrotransfer)	<input type="checkbox"/> in	<input type="text"/> <input type="text"/> Zyklen
Andere Behandlung (bitte angeben): <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> in	<input type="text"/> <input type="text"/> Zyklen

▶ **Falls eine Hormonbehandlung zur Anwendung kam:**

Welches Präparat? Welche Präparate?

Ist es bei der Hormonbehandlung zu einer Überstimulation gekommen?

Ja ₁ ▶ **Wie oft?** Einmal ₁ Mehrmals ₂
Mit welchem Schweregrad? Leicht ₁ Mittel ₂ Schwer ₃
 Nein ₂

Statistik

54a Wie alt sind Sie? Jahre

54b Bei welcher Krankenversicherung sind Sie versichert?

AOK - Die Gesundheitskasse ₁ Ausschließlich privat versichert ₅
 Ersatzkrankenkasse ₂ Sonstige Krankenversicherung (bitte angeben):
 Betriebskrankenkasse ₃
 Innungskrankenkasse ₄
 Keine Krankenversicherung ₆

54c	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?	Deutsch <input type="checkbox"/> 1 Andere <input type="checkbox"/> 2																																	
54d	Ihr Familienstand:	Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend <input type="checkbox"/> 1 Ledig <input type="checkbox"/> 4 Verheiratet, von Ehepartner getrennt lebend <input type="checkbox"/> 2 Geschieden <input type="checkbox"/> 5 Mit Partner unverheiratet zusammenlebend <input type="checkbox"/> 3 Verwitwet <input type="checkbox"/> 6																																	
54e	Wie viele Jahre besteht Ihre derzeitige Partnerschaft?	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Jahre																																	
55.	Wie würden Sie zusammenfassend Ihre derzeitige wirtschaftliche Lage beschreiben? Ordnen Sie sich auf der folgenden Skala von 1 bis 10 ein. 1 bedeutet, dass Sie auf jeden Cent achten müssen, 10 bedeutet, dass Sie sich alles leisten können. Mit den Werten dazwischen können Sie Ihre Angabe abstimmen.																																		
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Wir müssen auf jeden Cent achten</td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Wir können uns alles leisten</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> <td style="text-align: center;">7</td> <td style="text-align: center;">8</td> <td style="text-align: center;">9</td> <td style="text-align: center;">10</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>			Wir müssen auf jeden Cent achten									Wir können uns alles leisten		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wir müssen auf jeden Cent achten									Wir können uns alles leisten																									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10																									
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																									
56.	Auf welche Fragen zur Schwangerschaft und Geburt haben Sie bisher (auch im Handbuch des PlanBaby-Programms) keine ausreichende Antwort bekommen? Bitte geben Sie uns diese hier an:																																		
57.	Bitte geben Sie abschließend unserem PlanBaby-Programm noch eine Schulnote:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">Sehr gut</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Gut</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Befrie- digend</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Aus- reichend</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Mangel- haft</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Un- genügend</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td style="text-align: center;">4</td> <td style="text-align: center;">5</td> <td style="text-align: center;">6</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sehr gut	Gut	Befrie- digend	Aus- reichend	Mangel- haft	Un- genügend	1	2	3	4	5	6	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>															
Sehr gut	Gut	Befrie- digend	Aus- reichend	Mangel- haft	Un- genügend																														
1	2	3	4	5	6																														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																														
58.	Wo bzw. wie sind Sie auf das Programm PlanBaby aufmerksam geworden?																																		
	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: right;">Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%; text-align: left;">Im Internet <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis ... <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">Durch Freunde, Bekannte, Kollegen <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Artikel in einer Zeitung/Zeitschrift <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;">Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Im Buchladen <input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: left;"><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">In der Apotheke <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>	Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis <input type="checkbox"/>	Im Internet <input type="checkbox"/>	Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis ... <input type="checkbox"/>	Durch Freunde, Bekannte, Kollegen <input type="checkbox"/>	Persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/>	Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/>	Artikel in einer Zeitung/Zeitschrift <input type="checkbox"/>	Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/>	Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/>	Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):	Im Buchladen <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	In der Apotheke <input type="checkbox"/>																					
Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis <input type="checkbox"/>	Im Internet <input type="checkbox"/>																																		
Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis ... <input type="checkbox"/>	Durch Freunde, Bekannte, Kollegen <input type="checkbox"/>																																		
Persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/>	Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/>																																		
Artikel in einer Zeitung/Zeitschrift <input type="checkbox"/>	Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/>																																		
Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/>	Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):																																		
Im Buchladen <input type="checkbox"/>	<div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>																																		
In der Apotheke <input type="checkbox"/>																																			
59.	Datum des Ausfülltages:	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Tag</td> <td style="text-align: center;">Monat</td> <td colspan="3" style="text-align: center;">Jahr</td> </tr> </table>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Tag	Monat	Jahr																									
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>																															
Tag	Monat	Jahr																																	
60.	Bitte füllen Sie das nachfolgende Schema sorgfältig für 7 Tage aus, wenn Sie an der zusätzlichen Ernährungsanalyse interessiert sind. Wenn Ihnen das zu viel Mühe macht, überspringen Sie diese Frage und füllen bitte noch die letzte Seite des Fragebogens aus, damit wir Ihnen Ihre Auswertung zuschicken können. So ernähre ich mich: Bei unvollständigen Angaben kann die Ernährungsanalyse nicht durchgeführt werden. Notieren Sie also bitte alles, was Sie verzehren, z.B. auch Nüsse, Bonbons o.ä. zwischendurch oder beim Fernsehen. In der zweiten Spalte ist für die einzelnen Nahrungsmittel zunächst die normale, übliche Portionsmenge angegeben. Wenn Sie genau diese Menge zu sich nehmen, machen Sie einen Strich, bei der doppelten Menge also zwei Striche usw. Am Ende der 7 Tage zählen Sie die Striche pro Lebensmittel zusammen und tragen diese Zahl in die Spaltenspalte ein (z.B. 14).																																		

60. So ernähre ich mich: (Ausfüllhinweise siehe Seite 20 unten)									
Nahrungsmittel	Kücheneinheit bzw. Portionsmenge	Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag							Summe (7 Tage)
		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
Graubrot	Scheibe = 40 g								
Weißbrot, Toast	Scheibe = 25 g								
½ Brötchen	Stück = 25 g								
½ Vollkornbrötchen	Stück = 30 g								
Vollkornbrot	Scheibe = 45 g								
Laugengebäck	Stück = 50 g								
Croissant aus Blätterteig	Stück = 40 g								
Knäcke, Zwieback	Scheibe = 10 g								
Butter	Teelöffel = 5 g								
Margarine	Teelöffel = 5 g								
Margarine, halbfett	Teelöffel = 5 g								
Wurst (Salami, Mettwurst, Leberwurst)	Portion = 25 g								
Fettarme Wurst (Corned Beef, Geflügelwurst)	Portion = 25 g								
Sojaaufschnitt	Portion = 30 g								
Vegetarische Pasteten	Teelöffel = 7 g								
Frischkäse	Teelöffel = 7 g								
Käse unter 20% Fett i.Tr.	Portion = 30 g								
Käse 20 bis 40% Fett i.Tr.	Portion = 30 g								
Käse über 40% Fett i.Tr.	Portion = 30 g								
Marmelade, Gelee	Teelöffel = 10 g								
Honig	Teelöffel = 10 g								
Nussnougatcreme	Portion = 20 g								
Magerquark	Esslöffel = 30 g								
Speisequark	Esslöffel = 30 g								
Eier	Stück = 60 g								
Haferflocken, trocken	Esslöffel = 10 g								
Müsli, trocken	Esslöffel = 15 g								
Cornflakes, trocken	Tasse = 20 g								
Frühstückscerealien	Tasse = 30 g								
Sonnenblumen-, Kürbiskerne	Esslöffel = 20 g								
Kaffee	Tasse = 150 g								
Tee	Tasse = 150 g								
Früchtetee, Kräutertee	Tasse = 150 g								
Dosenmilch	Teelöffel = 5 g								
Zucker	Teelöffel = 5 g								
Kakao	Tasse = 150 g								
Trinkmilch 3,5% Fett	Glas = 200 g								
Trinkmilch 1,5% Fett	Glas = 200 g								
Buttermilch	Tasse = 150 g								
Sojamilch	Tasse = 150 g								
Tofu	Portion = 100 g								
Joghurt 3,5% Fett	Kleiner Becher = 150 g								
Joghurt 1,5% Fett	Kleiner Becher = 150 g								
Joghurt mit Früchten 3,5% Fett	Kleiner Becher = 150 g								
Joghurt fettarm mit Früchten 1,5% Fett	Kleiner Becher = 150 g								
Kotelett, Schnitzel	Portion = 125 g								
Steak, Schnitzel natur	Portion = 125 g								
Putenschnitzel	Stück = 125 g								
Braten	Portion = 125 g								
Gulasch, Ragout	Portion = 125 g								
Bratwurst	Stück = 150 g								
Würstchen, Bockwurst, Wiener Würstchen	Stück = 125 g								
Fleisch-, Kochwurst	Portion = 100 g								
Frikadelle, Klops	Stück = 100 g								
Hähnchenfleisch	Portion = 125 g								
Leber, Herz, Niere	Kleine Portion = 65 g								

Fortsetzung nächste Seite

60. So ernähre ich mich:									
Nahrungsmittel	Kücheneinheit bzw. Portionsmenge	Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag							Summe (7 Tage)
		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
Mett, Gehacktes	Portion = 125 g								
Speck, Bauchfleisch	Scheibe = 50 g								
Kartoffeln	Stück = 80 g								
Kartoffelpüree	Portion = 150 g								
Klöße, Knödel	Stück = 80 g								
Bratkartoffeln	Portion = 150 g								
Pommes frites	Portion = 100 g								
Kartoffelpuffer	Stück = 70 g								
Reis, gekocht	Tasse = 100 g								
Naturreis, gekocht	Tasse = 100 g								
Weizen-, Roggen-, Gerste-Vollkorn	Tasse = 100 g								
Nudeln, gekocht	Tasse = 100 g								
Vollkornnudeln, gekocht	Tasse = 100 g								
Soße	Esslöffel = 15 g								
Tomatenketchup	Esslöffel = 20 g								
Hackfleischsoße	Esslöffel = 20 g								
Pizza	Stück = 300 g								
Vegetarische Pizza	Stück = 300 g								
Pfannkuchen	Stück = 180 g								
Spaghetti in Tomatensoße	Portion = 400 g								
Fladenbrot mit Kalb-/Rindfleisch (Döner)	Stück = 350 g								
Gemüse-Lasagne	Portion = 400 g								
Ratatouille	Portion = 200 g								
Frühlingsrolle	Portion = 150 g								
Rotkohl, Weißkohl, Sauerkraut, Wirsing	Portion = 200 g								
Spinat, Mangold	Portion = 150 g								
Rote Rübe (Rote Beete) gegart	Portion = 150 g								
Blumenkohl, Broccoli	Portion = 200 g								
Kohlrabi, Rosenkohl	Portion = 200 g								
Kürbis frisch gegart	Portion = 150 g								
Fenchel, Spargel, Porree	Portion = 200 g								
Möhren, Schwarzwurzeln	Portion = 200 g								
Bohnen, Erbsen grün	Portion = 200 g								
Aubergine	Portion = 150 g								
Avocado	Stück = 125 g								
Pilze gegart	Portion = 120 g								
Gurke, Paprika, Tomate	Portion = 150 g								
Gewürzgurken Sauerkonserve, abgetropft	Portion = 100 g								
Mais aus Konserve	Portion = 150 g								
Zwiebeln	Stück = 60 g								
Oliven	Stück = 3 g								
Endivien-, Eisberg-, Feld-, Kopf-, Blattsalat	Portion = 100 g								
Sojasprossen	Portion = 100 g								
Gemischter Salat ohne Dressing	Portion = 120 g								
Gemischter Salat mit Dressing	Portion = 150 g								
Küchenkräuter	Esslöffel = 5 g								
Nudelsalat mit Mayonnaise	Portion = 160 g								
Kartoffelsalat	Portion = 150 g								
Fleischsalat	Portion = 50 g								
Klare Suppe	Teller = 250 g								
Gebundene Suppe	Teller = 250 g								
Suppen-Eintopf	Teller = 250 g								
Gemüse-Eintopf	Teller = 250 g								
Linsen-, Erbseneintopf	Portion = 400 g								
Fisch, gekocht	Portion = 150 g								
Fisch, gebraten	Portion = 150 g								

Dieses Blatt wird sofort nach Eingang des Fragebogens abgetrennt!

Anschrift zur Einsendung des Fragebogens:

Forschung, Beratung + Evaluation, Projektgruppe planBaby, Postfach 100335, 10563 Berlin

Bitte senden Sie mir die persönliche Auswertung an folgende Adresse: *

Name:

Adresse:

Postleitzahl / Ort:

--	--	--	--	--

Alternativ: Bitte senden Sie mir die persönliche Auswertung an meine E-Mail-Adresse: *

Name:

E-Mail-Adresse:

Bitte geben Sie uns Ihr persönliches Geburtsdatum an. Dieses benötigen wir, um ganz sicher sein zu können, dass wir die Empfehlung an die richtige Adresse schicken.

Geburtsdatum:

--	--

 Tag

--	--

 Monat

--	--

 Jahr

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass mein betreuender Arzt:

Name:

Adresse:

Postleitzahl / Ort:

--	--	--	--	--

dem Forschungsinstitut über mein Geburtsergebnis/Ergebnis der Kinderwunschbehandlung Auskunft geben darf. Dieses wird benötigt, um den Erfolg des Programms planBaby bewerten zu können.

Ich bin damit einverstanden, dass für eine mögliche Folgebefragung (z.B. zum Erfolg einer möglichen Kinderwunschbehandlung oder zur weiteren Entwicklung der Schwangerschaft) meine Adresse gespeichert wird. (Ich kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen.)

Ja 1

... Nein 2

Dann wird Ihre Adresse ca. 3 Monate nach Eingang des Fragebogens gelöscht!

Datum: _____

Unterschrift: _____

*** Sie können den Fragebogen natürlich auch ohne Absenderangabe einschicken, dann kann Ihnen die Auswertung jedoch nicht zugestellt werden.**