

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**

MUSTER

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie –

- in die Kästchen ein Kreuz machen

Beispiel: **Haben Sie Kinder?** Ja ¹
 Nein ²

- oder die entsprechenden Zahlen in die Felder eintragen

Beispiel: Alter Jahre

- oder etwas auf die Zeile schreiben

Beispiel: **Welche Sportarten betreiben Sie?**

Wenn Sie einmal ein Kreuz falsch gesetzt haben, korrigieren Sie wie folgt:
 Angenommen, Sie haben auf die Frage nach dem täglichen Medikamentenkonsum
 irrtümlich angegeben, dass Sie ein bestimmtes Präparat täglich einnehmen, in Wirklich-
 keit nehmen Sie es aber nur 1mal pro Woche ein, dann machen Sie bitte einen Kreis um
 das falsch gesetzte Kreuz und setzen ein neues Kreuz an der zutreffenden Stelle:

Täglich	Mehrmals pro Woche	1mal pro Woche	Seltener	Nie
1	2	3	4	5
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beispiel:

- Gehen Sie der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie eine oder mehrere Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich darauf hingewiesen wird:

Beispiel: Ja ¹ Nein ² **Weiter mit Frage . . .**

Wenn Sie "Ja" ankreuzen,
 gehen Sie einfach zur nächsten Frage weiter.
 Wenn Sie "Nein" ankreuzen,
 gehen Sie zu der Frage weiter, die im Kästchen steht.

So wird's gemacht:

1. Tragen Sie Ihren Namen und Ihre Anschrift (ggf. die E-Mail-Adresse, wenn Sie die Auswertung per Mail bekommen möchten) in die entsprechenden Felder auf der vorletzten Fragebogenseite ein.
2. Füllen Sie die Felder zur Zahlungsweise aus, entweder die Einzugsermächtigung oder wählen Sie die Zahlungsweise Vorabüberweisung. Bei der Zahlungsweise Vorabüberweisung wird Ihr Fragebogen erst bearbeitet, wenn die Zahlung eingegangen ist.
3. Füllen Sie den Fragebogen sorgfältig und in Ruhe (möglichst allein) nach dem nebenstehenden Muster aus.
4. Geben Sie an, ob Sie den Fragebogen allein einsenden oder ob beide Fragebogen eingehen.
5. Die Auswertung kostet 15 Euro für einen Fragebogen bzw. 25 Euro, wenn beide Fragebogen eingesendet werden (jeweils inkl. 19 % Mehrwertsteuer).
6. Wenn Sie per Vorabüberweisung bezahlen möchten, empfiehlt es sich, den Betrag ca. zwei Tage vor Absenden des Fragebogens zu überweisen.

Zahlungsweise

- 1 Fragebogenauswertung 15 Euro inkl. 19 % Mehrwertsteuer
- 2 Fragebogenauswertungen (Mann und Frau) 25 Euro inkl. 19 % Mehrwertsteuer

Ich zahle per Vorabüberweisung

Ich überweise den oben genannten Betrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaber FB+E BLZ 10070024
 Konto 013591300 Deutsche Bank Berlin

Bitte geben Sie unter Verwendungszweck Ihren Namen und Ihre Anschrift an.

Ich zahle per Lastschriftinzugsermächtigung

Hiermit ermächtige(n) ich/wir Sie widerruflich, die von mir/uns zu entrichtende unten genannte Zahlung zu Lasten meines/unseres Kontos mittels Lastschrift einzuziehen. Wenn mein/unser Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstituts keine Verpflichtung zur Einlösung. Teilinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Name			Vorname			Telefonnummer		
Straße			PLZ			Ort		
Meine/unsere Konto-Nr.			Bankleitzahl			genaue Bezeichnung des kontoführenden Kreditinstituts		
Ort, Datum			Unterschrift					

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 1 Chrom oder Nickel 1
Pflanzenschutzmittel, Unkrautbekämpfungsmittel Cadmium oder Blei
Holzschutzmittel Quecksilber
Desinfektionsmittel Röntgenstrahlen
Teer, Teerprodukte Sonstiges (bitte angeben):
Glas- oder Mineralfasern

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 Rauche insgesamt Anzahl Jahre
Rauchte **damals** pro Tag Anzahl Zigaretten Rauche **heute** pro Tag Anzahl Zigaretten
Aufgehört im Jahr..

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 mal Amphetamine mal Psylocybin oder "Magic Mushrooms" mal
Ecstasy mal Crystal mal Andere Drogen mal
Kokain und Crack.... mal Halluzinogene/"Trips" .. mal (bitte angeben welche):
LSD mal Heroin mal

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 gerne rohes Fleisch (Tartar, Carpaccio) oder rohen Fisch (Sushi)? Ja 1 Nein 2

11d Essen Sie gerne 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 alkoholfreies 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 <u>pro Tag</u>? <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>Mit Koffein</td> <td>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>Schwarzer Tee</td> <td>Grüner Tee</td> <td>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>Alkohol-frei</td> <td>Alkoholarmlarm, Light-Bier</td> <td>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. Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus Typ I	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
48. 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 jedals?

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. HPV (Humanes Papilloma-Virus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6. Herpes-Genitalis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7. Harnwegsinfektionen (Blasenentzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8. Entzündung des Muttermundes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9. Eierstockentzündung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10. 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 Sliepeinlagen 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

Gebärmutterausschabung (Kürettage)

Eierstockentfernung (Ovarektomie)

Ausschneidung am Muttermund (Konisation)

Entfernung von Myomen, Polypen

Zystenentfernung

Diagnose und Behandlung der Endometriose

Diagnose und Behandlung der Eileiterschwangerschaft

Ausschabung bei Fehlgeburten (Abortcurettage)

Entfernung von Feigwarzen (Condylomen)

Abklärung bei ungewollter Kinderlosigkeit (Sterilität)

Blinddarmroperation

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

Borreliose
(Zeckenbiss-Erkrankung)

Brustkrebs

Eierstockkrebs

Eileiterentzündung (Adnexitis)

Endometriose

Erhöhte Testosteronwerte

Erhöhte Prolaktinwerte

Gebärmutterhalskrebs

Gebärmutterhalsveränderung
(PAP-Befund)

Gutartige Erkrankung der
Brustdrüse

Hormonelle Überstimulation

Insulinresistenz

Kondolyne (Feigwarzen)

Ja **(Zuletzt) im Jahr**

1

Listeriose

Myome

Polyzystisches Ovarsyndrom
(PCOS)

Prolaktinom

Sonstige Krebsarten

Thrombophilie

Toxoplasmose

Verwachsungen im Bauchraum

Zysten

Andere Erkrankung / Diagnose:
(*bitte angeben*):

.....

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 ... 1 ► 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, Mumps, Röteln	<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"/>
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 | 1 | 10. Unfruchtbarkeit / ungewollte Kinderlosigkeit ... | 1 |
| 2. Andere Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> | 11. Zystenniere | <input type="checkbox"/> |
| 3. Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | 12. Fehlgeburten | <input type="checkbox"/> |
| 4. Hypertonie (Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> | 13. Frühgeburten | <input type="checkbox"/> |
| 5. Mukoviszidose | <input type="checkbox"/> | Andere Krankheiten (bitte angeben): | <input type="checkbox"/> |
| 6. Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | | |
| 7. Krampfadern, Thrombosen, Venenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | | |
| 8. Chromosomenveränderungen (Trisomien) | <input type="checkbox"/> | | |
| 9. 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 durch:

Pille 1 **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 1 **Weiter mit Frage 39a**

38b. War der Abstand zwischen zwei Regelblutungen (Zyklusdauer, Zykluslänge) regelmäßig oder unregelmäßig?

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

39a. Haben Sie Schmerzen bei der Regelblutung?

Ja, schon immer 1

Nein 2 **Weiter mit Frage 40a**

Ja, seit einiger Zeit ... 2

39b. Nehmen die Schmerzen in letzter Zeit zu?

Ja 1

Nein 2 **Weiter mit Frage 40a**

39c. Wann setzen die Schmerzen üblicherweise ein und wann sind Sie am stärksten?

Setzen ein 1 Sind am stärksten 2

Vor Einsetzen der Blutung

Mit dem Einsetzen der Blutung

40a Manchmal treten auch Störungen der sexuellen Lust oder Erlebnisfähigkeit auf. Wie häufig traten diese in den letzten 12 Monaten bei Ihnen auf?

- Sehr sehr selten 1
- Selten 2
- Ab und zu 3
- Häufiger 4

Überhaupt nicht 5 ▶

Weiter mit Frage 41a

40b Um welche Störungen handelt es sich und wie stark fühlen Sie sich dadurch belastet?

	Nein	Ja	Stark belastet	Etwas belastet	Nicht belastet
	1	2	1	2	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 Haben Sie auch außerhalb der Periode Schmerzen im Unterleib?

Ja, häufig und stark 1 Ja, gelegentlich und leicht 2 Nein 3

41b Bemerken Sie vor und während der Periode Blutbeimengungen im Urin oder Stuhl?

Ja 1 Nein 2

42. In welchem Alter ...

- war die erste Regelblutung? Im Alter von Jahren
- hat die Brustentwicklung eingesetzt? Im Alter von Jahren
- entwickelte sich die Intimbehaarung? Im Alter von Jahren

43. Haben Sie in letzter Zeit ...

Ja Nein
1 2

- eine Zunahme der Körperbehaarung festgestellt?
- verstärkten Haarausfall beobachtet?
- (verstärkt) Akne festgestellt?

44. 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?

Ja 1 Nein 2 ▶

Weiter mit Frage 45a

Welche Methoden sind das? ☞ Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft! 1

- A Messung der morgendlichen Temperatur (Basaltemperaturmethode)
- B Schleimstrukturmethode
- C Kombination aus A und B (Symptothermale Methode)
- D Kalendermethode
- E Temperaturcomputer
- F Hormoncomputer

Sonstige Methode (bitte angeben):

45a	Wie häufig pro Monat haben Sie mit Ihrem Partner ungeschützten Geschlechtsverkehr? Ungefähr <input type="text"/> <input type="text"/> mal pro Monat
45b	Achten Sie darauf, dass der Geschlechtsverkehr gerade auch an den befruchtungsfähigen Tagen stattfindet? Ja, regelmäßig <input type="checkbox"/> ₁ Ja, sehr häufig <input type="checkbox"/> ₂ Ja, eher selten <input type="checkbox"/> ₃ Nein, nie <input type="checkbox"/> ₄
46.	Haben Sie sich schon einmal Gedanken und Sorgen gemacht, dass Sie nicht schneller schwanger werden? Ja <input type="checkbox"/> ₁ ▶ Haben Sie mit Ihrem Partner darüber gesprochen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Haben Sie mit Ihrem Frauenarzt darüber gesprochen? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Wir haben die Verhütung vor kurzem beendet <input type="checkbox"/> Wir haben die Verhütung schon vor längerer Zeit beendet <input type="checkbox"/> Wir hoffen (weiter) auf natürlichem Wege eine Schwangerschaft zu erreichen <input type="checkbox"/> Wir haben schon über eine mögliche Kinderwunschbehandlung nachgedacht <input type="checkbox"/> Wir haben uns bereits über eine mögliche Kinderwunschbehandlung eingehend informiert <input type="checkbox"/> Wir stehen kurz vor der Kinderwunschbehandlung <input type="checkbox"/> Wir lassen derzeit die <u>erste</u> Kinderwunschbehandlung durchführen <input type="checkbox"/> Wir lassen derzeit <u>wiederholt</u> eine Kinderwunschbehandlung durchführen <input type="checkbox"/> Wir haben bisher ohne Erfolg eine oder mehrere Kinderwunschbehandlungen durchführen lassen <input type="checkbox"/>
	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 <input type="checkbox"/> ₁ Nein <input type="checkbox"/> ₂ ▶ Weiter mit Frage 54a - Statistik
49a	Wurde Ihre Schilddrüse bereits untersucht? Ja <input type="checkbox"/> ₁ Nein <input type="checkbox"/> ₂ ▶ Weiter mit Frage 54a - Statistik
49b	Mit welchen Verfahren und in welchem Jahr (zuletzt)? Tastuntersuchung <input type="checkbox"/> ₁ } Ultraschall <input type="checkbox"/> } (zuletzt) im Jahr <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bluttest <input type="checkbox"/> }
49c	Welche Befunde ergaben sich? Jodmangel <input type="checkbox"/> ₁ Schilddrüsenunterfunktion <input type="checkbox"/> ₂ Schilddrüsenüberfunktion <input type="checkbox"/> ₃ Immunstörung / Entzündung <input type="checkbox"/> ₄ Sonstiges (bitte angeben): <input type="checkbox"/> ▶ <input type="text"/> Keine <input type="checkbox"/> ₅

50. Wurde bei Ihnen der Immunstatus bereits überprüft?

	Nein 1	Ja 2		
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▶ zuletzt im Jahr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Varizellen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▶ zuletzt im Jahr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▶ zuletzt im Jahr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
In Bezug auf andere Infektionskrankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	▶ welche?	<input style="width: 300px; height: 20px;" type="text"/>

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?

	Durch- gängig 1	Ver- schlossen 2
Eileiter links	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eileiter rechts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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 ₁	Anzahl
Zykluskontrolle mit Geschlechtsverkehr an befruchtungsfähigen Tagen	<input type="checkbox"/>	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
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 <input type="text"/> (bitte angeben):	<input type="checkbox"/>	in <input type="text"/> <input type="text"/> Zyklen

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

Ist es bei der Hormonbehandlung zu einer Überstimulation gekommen?

Ja ₁ ▶ **Wie oft?** Einmal ₁ Mehrmals ₂

Nein ₂ **Mit welchem Schweregrad?** Leicht ₁ Mittel ₂ Schwer ₃

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 abstufen.																																					
	<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%;"></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> <td></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> <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"/>	<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"/>	<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;">Befriedigend</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Ausreichend</td> <td style="width: 10%; text-align: center;">Mangelhaft</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	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	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	Befriedigend	Ausreichend	Mangelhaft	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%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%;">Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis ... <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Artikel in einer Zeitung/Zeitschrift <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Im Buchladen <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>In der Apotheke <input type="checkbox"/></td></tr> </table> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%;">Im Internet <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Durch Freunde, Bekannte, Kollegen <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td></tr> </table> </td> </tr> </table>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%;">Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis ... <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Artikel in einer Zeitung/Zeitschrift <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Im Buchladen <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>In der Apotheke <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis <input type="checkbox"/>	Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis ... <input type="checkbox"/>	Persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/>	Artikel in einer Zeitung/Zeitschrift <input type="checkbox"/>	Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/>	Im Buchladen <input type="checkbox"/>	In der Apotheke <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%;">Im Internet <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Durch Freunde, Bekannte, Kollegen <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td></tr> </table>	Im Internet <input type="checkbox"/>	Durch Freunde, Bekannte, Kollegen <input type="checkbox"/>	Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/>	Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/>	Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):																							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%;">Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis ... <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Artikel in einer Zeitung/Zeitschrift <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Im Buchladen <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>In der Apotheke <input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis <input type="checkbox"/>	Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis ... <input type="checkbox"/>	Persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/>	Artikel in einer Zeitung/Zeitschrift <input type="checkbox"/>	Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/>	Im Buchladen <input type="checkbox"/>	In der Apotheke <input type="checkbox"/>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr><td style="width: 100%;">Im Internet <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Durch Freunde, Bekannte, Kollegen <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):</td></tr> <tr><td style="border: 1px solid black; height: 30px;"></td></tr> </table>	Im Internet <input type="checkbox"/>	Durch Freunde, Bekannte, Kollegen <input type="checkbox"/>	Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/>	Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/>	Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):																									
Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis <input type="checkbox"/>																																						
Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis ... <input type="checkbox"/>																																						
Persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/>																																						
Artikel in einer Zeitung/Zeitschrift <input type="checkbox"/>																																						
Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/>																																						
Im Buchladen <input type="checkbox"/>																																						
In der Apotheke <input type="checkbox"/>																																						
Im Internet <input type="checkbox"/>																																						
Durch Freunde, Bekannte, Kollegen <input type="checkbox"/>																																						
Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/>																																						
Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/>																																						
Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):																																						
59.	Datum des Ausfülltages:	Tag: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> Monat: <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 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"/>																																				
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 vorletzte 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)																																					

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.

Erklärung zum Datenschutz und zur absoluten Vertraulichkeit Ihrer Angaben beim planBaby-Fragebogen

Die Befragung wird nach den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes in Deutschland durchgeführt. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Die Daten werden nur in anonymisierter Form ausgewertet. Die Daten und Ihre Adresse werden getrennt und besonders gesichert gelagert.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung werden ausschließlich in anonymisierter Form und für Gruppen zusammengefasst dargestellt. Niemand kann also aus den Ergebnissen erkennen, von welcher Person die Angaben stammen.

Bei FB + E sind Name und Anschrift stets vom Fragebogen getrennt. Beide Teile erhalten eine Code-Nummer. Der ausgefüllte Fragebogen wird ohne die Umschlagseiten, die sofort abgetrennt werden, d. h. also ohne Name und Anschrift zur wissenschaftlichen Auswertung an die Datenverarbeitungsabteilung gegeben. Deren Mitarbeiter sehen also nicht, von wem die Angaben stammen. Nur Name und Anschrift werden von FB + E in der Versandabteilung gesichert, um Ihnen die persönlichen Empfehlungen auch zusenden zu können. Dabei wird der Antwortbrief verschlossen und nur über die Codenummer an Sie adressiert.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitwirkung und für Ihr Vertrauen in unsere Arbeit.

Für die Einhaltung der Datenschutzbestimmungen sind verantwortlich:



Dr. R. Kirschner
(Geschäftsführerin FB + E)



D. Peiffer
(Datenschutzbeauftragter)