



Sehr geehrte Patientin, sehr geehrtes Paar,

vielen Dank für Ihr Interesse an der klinisch-interventionellen „OPIF-Studie“ für Frauen mit reduzierter ovarieller Reserve und/oder geringem Ansprechen auf eine ovarielle Stimulation vor IVF/ICSI.

Um Ihre Eignung zur Studienteilnahme und einen reibungslosen Ablauf im Anschluss für Sie zu gewährleisten, erklären wir hier den weiteren Ablauf:

1. Bitte füllen Sie untenstehenden Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus.
2. Bitte speichern Sie die .pdf Datei auf Ihrer Festplatte mit dem Dateinamen „OPIF_Studie_Familiename“
3. Senden Sie den Fragebogen + ggf. relevante medizinische Befunde per E-Mail an **studie.opif.luebeck@uksh.de**
4. Im Anschluss wird Sie das Studienteam unseres Zentrums zeitnah per E-Mail oder Telefon kontaktieren.

Sollte ein Einschluss in die Studie möglich erscheinen, werden wir mit Ihnen einen zeitnahen persönlichen Termin in unserem Zentrum zum Studieneinschluss vereinbaren. Bei diesem Termin werden dann Studienablauf, Aufklärung und Detailfragen geklärt.



Fragebogen für Ihr Erstgespräch

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Bitte bringen Sie Kopien aller relevanten Vorbefunde (Blutergebnisse, OP-Berichte etc.) von beiden Partnern zum Erstgespräch mit.

Name der Frau _____	Vorname _____
Geburtsname (falls abweichend v. obigen Angaben) _____	
Geburtsort _____	Geburtsdatum ___/___/___ Alter _____
Straße _____	PLZ/Ort _____
Bundesland _____	Anfahrtsdauer _____
Telefon _____	Mobil _____
Fax _____	E-Mail _____
Beruf _____	
Versichertennummer (Ihre Versichertennummer finden Sie auf der Rückseite Ihrer Gesundheitskarte unter 6.) _____	
Krankenversicherung inkl. Kennnummer (die Nummer finden Sie auf der Rückseite Ihrer Gesundheitskarte unter 7.) _____	
Behandelnder Frauenarzt/ -ärztin (inkl. Adresse) _____ _____	

Name des Partners/ Ehemannes _____	
Geburtsname (falls abweichend v. obigen Angaben) _____	Geburtsdatum ___/___/___
Alter _____	Geburtsort _____
Adresse _____	Telefon _____
Mobil _____	E-Mail _____
Beruf _____	
Krankenversicherung (inkl. Kennnummer) _____	
Versichertennummer _____	
Behandelnder Urologe/ Androloge (Name/PLZ Stadt) _____ _____	



Kreuzen Sie bitte zutreffende Aussagen an:

- Ich wünsche eine IVF oder ICSI Behandlung Ja Nein
- Ich hatte bereits eine IVF oder ICSI Behandlung Ja Nein
- Ich hatte im letzten IVF/ICSI Zyklus ≤ 4 Eizellen (COCs) Ja Nein entfällt
- Ich bin zwischen **18 - 42 Jahre alt** Ja Nein
- Mein **Body mass index (BMI)** ist zwischen **18 - 38 kg/m²** Ja Nein
- Meine **Zykluslänge** ist zwischen **21-35 Tage** Ja Nein
- Mein jüngster Serum-**AMH Spiegel war < 0.5 ng/ml** Ja Nein weiß ich nicht
- Mein jüngster Serum-**FSH Spiegel war ≤ 25 IU/l** Ja Nein weiß ich nicht
- Ich nehme Hormonpräparate ein („Pille, Hormonersatz“) Ja Nein weiß ich nicht
- Ich habe eine Kontraindikation für eine Schwangerschaft Ja Nein weiß ich nicht
- Ich habe Endometriose Stadium III-IV Ja Nein weiß ich nicht
- Ich habe eine Verringerung der Thrombozytenzahl Ja Nein weiß ich nicht
- Ich habe eine relevante endokrinologische Erkrankung (außer Hashimoto-Thyreoiditis/latente Schilddrüsenunterfunktion) Ja Nein weiß ich nicht
- Ich habe eine relevante Autoimmunerkrankung Ja Nein weiß ich nicht
- Ich habe eine Chromosomenveränderung Ja Nein weiß ich nicht
- Ich habe eine Veränderung der Gebärmutter (z.B. Myome, Wasseransammlung, Asherman-Syndrom) Ja Nein weiß ich nicht
- Ich habe eine Flüssigkeitsansammlung im Eileiter (Hydrosalpinx) Ja Nein weiß ich nicht
- Ich habe eine aktive oder ausgeheilte maligne Erkrankung, Chemotherapie, Bestrahlung des Beckens Ja Nein weiß ich nicht
- Ich habe eine Kontraindikation für eine transvaginale Ovarpunktion (Z.n. großer Unterbauchchirurgie, bekannte intraabdominelle Adhäsionen) Ja Nein weiß ich nicht
- Ich habe eine psychische Erkrankung, die die Durchführung der Studie verhindert Ja Nein weiß ich nicht



Fragen zum Paar

- Sind Sie miteinander verheiratet?
 ja nein Wenn **ja**, seit ___/___/___
 Wenn **nein**, seit wann besteht Ihre Lebenspartnerschaft? ___/___/___
- Seit wann haben Sie Kinderwunsch?
 ___/___/___
- Wie häufig haben Sie (durchschnittlich) sexuellen Verkehr?
 ca. _____ mal pro Monat.
- Was haben Sie bisher zur Erfüllung Ihres Kinderwunsches gemacht?
 Messung Basaltemperatur
 Testung LH im Urin

 andere _____
- Belastet Sie der bisher unerfüllte Kinderwunsch psychisch?
 ja nein



Fragen zur Frau

- Wie alt waren Sie bei Beginn der monatlichen Blutungen?
 ca. _____ Jahre
- Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?
 Pille: nein ja von ___ bis ___
 Spirale: nein ja von ___ bis ___
- Haben Sie sich sterilisieren lassen?
 nein ja wann? _____ (Jahr)
- In welchen Abständen haben Sie Ihre Periodenblutungen (vom 1. Tag der Regel bis zum nächsten 1. Tag)?
 regelmäßig, zwischen ___ und ___ Tagen.
 unregelmäßig, zwischen ___ und ___ Tagen.
 ich habe **keine oder nur sehr selten** Periodenblutung

- Wie viele Tage dauert die Periodenblutung durchschnittlich?
 _____ Tage
- Wann begann Ihre letzte Periodenblutung?
 am ___/___/___
- Haben Sie Schmerzen während Ihrer Periodenblutung?
 ja nein
- Haben Sie Zwischenblutungen?
 ja nein
 Wenn **ja**, wann?

- Haben Sie Schmierblutungen?
 ja nein
 Wenn **ja**, wann?

- Waren Sie schon einmal schwanger?
 ja nein
 Wenn **ja**, von Ihrem jetzigen Partner?
 ja nein
- Haben Sie bereits eigene Kinder?
 ja nein
 Wenn **ja**:

Geburts-datum	Art der Entbindung*	Besonderheiten
___/___/___		
___/___/___		
___/___/___		

*z.B. normale Entbindung/Kaiserschnitt/Zangen- oder Saugglockenentbindung



16. Hatten Sie Aborte/Fehlgeburten?

ja nein

Wenn ja:

Wann?	Schwangerschaftswoche
__/__/__	
__/__/__	
__/__/__	

17. Hatten Sie geplante Schwangerschaftsabbrüche?

ja nein

Wenn ja, wann? __/__/__

18. Wurden bei Ihnen Bauch- und/oder

Unterleibsoperationen durchgeführt?

ja nein

Wenn ja, welche und wann?

Monat/ Jahr	Art der Operation*
__/__/__	
__/__/__	
__/__/__	

*z.B. Bauchspiegelung (LSK), Gebärmutterspiegelung (HSK), Blinddarm-operation (AE)

Bitte entsprechende Befunde zum Erstgespräch mitbringen!

19. Ist bei Ihnen schon einmal die Eileiterdurchgängigkeit untersucht worden?

ja __/__/__ nein

Wenn ja: Wie? _____

20. Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge, PAP-Abstrich?

__/__/__

21. Waren Sie bzgl. des Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?

ja nein

Falls ja, welche Behandlung ist erfolgt?

Zykluskontrolle (Anzahl: _____)

Insemination (Anzahl: _____)

künstliche Befruchtung (IVF oder ICSI
(Anzahl: _____)

Hat Ihre gesetzliche Versicherung die Kosten übernommen? ja nein

Bitte geben Sie detaillierte Angaben zur Ihren letzten IVF/ICSI Zyklus

1. Zyklus:

Medikamenteneinnahmen/Dosierung:

Gewonnene Eizellzahl: _____

Embryotransfer: ja nein

Qualität: _____

Biochemische Schwangerschaft: ja nein

Schwangerschaft im Ultraschall: ja nein

2. Zyklus: Frisch Kryo

Medikamenteneinnahmen/Dosierung:

Gewonnene Eizellzahl: _____

Embryotransfer: ja nein

Qualität: _____

Biochemische Schwangerschaft: ja nein

Schwangerschaft im Ultraschall: ja nein



3. Zyklus: Frisch Kryo

Medikamenteneinnahmen/Dosierung:

Gewonnene Eizellzahl: _____

Qualität: _____

Embryotransfer: ja nein

Biochemische Schwangerschaft: ja nein

Schwangerschaft im Ultraschall: ja nein

4. Zyklus: Frisch Kryo

Medikamenteneinnahmen/Dosierung:

Gewonnene Eizellzahl: _____

Qualität: _____

Embryotransfer: ja nein

Biochemische Schwangerschaft: ja nein

Schwangerschaft im Ultraschall: ja nein

Gab es Komplikationen? ja nein

Falls ja, welche?

22. Haben Sie verstärkten Haarausfall?

ja nein

23. Haben Sie eine Zunahme der Körperbehaarung bemerkt?

ja nein

24. Haben Sie unreine Haut oder Akne?

ja nein

25. Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft und Stillperiode, Abgang von Flüssigkeit aus Ihrer Brust bemerkt?

ja nein

26. Wie schwer sind Sie? _____ kg

Wie groß sind Sie? _____ cm

BMI _____ kg/m²

27. Hatten Sie Unterleibsentzündungen?

ja nein

28. Ist bei Ihnen eine Endometriose bekannt?

ja nein

29. Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

ja nein

30. Haben Sie Schmerzen beim Wasserlassen/Stuhlgang?

ja nein

31. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thrombose/Lungenembolie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Nierenbeckenentzündung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit/Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Migräne	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Krampfleiden/Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Andere

32. Nehmen Sie Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche und welche Dosierung?



33. Haben Sie Allergien?

ja nein

Wenn ja, welche?

34. Trinken Sie Alkohol?

nie
 gelegentlich: _____
 regelmäßig: _____

35. Rauchen Sie?

ja nein
Wenn ja: _____ Zigaretten/Tag

36. Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Ausland?

ja nein
Wenn ja, wo? _____

37. Glauben Sie, dass es bisher Umstände gab, die das Eintreten einer Schwangerschaft verhindert haben?

Arbeitszeiten ja nein
Abwesenheit des Partners,
z.B. beruflich ja nein
andere _____

38. Sind folgende Erkrankungen bei Ihren Eltern/
Geschwistern bekannt?

Erbkrankheiten: _____

 Krebserkrankungen: _____

 Thrombose/Embolie/Gerinnungsstörungen
(Betreffendes unterstreichen)
 unerfüllter Kinderwunsch

♂ Fragen zum Mann

1. Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

nein
 ja, mit jetziger Partnerin

Wenn ja, Wann? Schwangerschaftsverlauf

 ja, mit anderer Partnerin

Wenn ja, Wann? Schwangerschaftsverlauf?

2. Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?

nein ja: rechts ja: links

Falls ja, welche Therapie erfolgte?

keine Hormonell Operation

3. Sind in Ihrer Vorgeschichte Entzündungen,
Verletzungen oder Tumore des Genitals
bekannt?

ja nein

Wenn ja, welche?

4. Wurden Sie auf Ihre Zeugungsfähigkeit hin untersucht?

ja nein

Wenn ja, bei welchem Arzt? _____

5. Wurde ein Spermogramm gemacht?

ja nein

6. Wurde eine Sonographie des Hodens gemacht?

ja nein



7. Wurde eine Samenleiterdurchtrennung

(Sterilisation) durchgeführt?

ja nein

8. Wie schwer sind Sie? _____ kg

Wie groß sind Sie? _____ cm

BMI _____ kg/m²

9. Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Schilddrüsenerkrankung ja nein

Mumps ja nein

Thrombose/Lungenembolie ja nein

Bluthochdruck ja nein

Zuckerkrankheit/Diabetes ja nein

Krampfleiden/Epilepsie ja nein

Andere _____

10. Nehmen Sie Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche und welche Dosierung:

11. Haben Sie Allergien?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

12. Trinken Sie Alkohol?

nie

gelegentlich: _____

regelmäßig: _____

13. Rauchen Sie?

ja nein

Wenn ja: _____ Zigaretten/Tag

14. Waren Sie in den letzten 6 Monaten im Ausland?

ja nein

Wenn ja, wo? _____

15. Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen

Belastungen ausgesetzt?

nein Kälte

Hitze Gase/Aerosole

Stäube körperl. Belastung

Chemikalien

Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?

16. Sind folgende Erkrankungen bei Ihren

Eltern/ Geschwistern bekannt?

Erbkrankheiten: _____

Krebserkrankungen: _____

Thrombose/Embolie/Gerinnungsstörungen

(Betreffendes unterstreichen)

unerfüllter Kinderwunsch

Allgemeines

1. Haben Sie sich bereits durch andere Informationsquellen über therapeutische Möglichkeiten bei unerfülltem Kinderwunsch informiert?

ja nein

Wenn ja, welche?



2. Gibt es dringende Fragen oder Anmerkungen, die Sie bisher nicht stellen konnten, dann haben Sie hier die Möglichkeit diese gerne für uns aufzuschreiben:

3. Bei unverheirateten Paaren: ist einer der Partner oder beide Partner außerhalb dieser Partnerschaft verheiratet?

Hiermit bestätigen wir, dass die Angaben in dem Paarfragebogen wahrheitsgetreu sind. Sollten sich im Laufe der Behandlungszeit Änderungen ergeben, werden wir diese den behandelnden Ärzten unverzüglich mitteilen.

Ort, Datum

Unterschrift der Frau

Ort, Datum

Unterschrift des Mannes