



**Osteopathie Birnstein**  
Ihre Praxis für Körper und Seele

## Fragebogen Kinderwunsch für die Frau

Liebe/r Patient/in,

Um die Vorarbeit zu erleichtern, bitte ich Sie diesen Fragenbogen bei Kinderwunsch vorab in Ruhe auszufüllen. Bitte bringen Sie mir den ausgefüllten Anamnese- und Kinderwunschfragebogen, zusammen mit dem Behandlungsvertrag, Risikoaufklärung, evtl. vorhandenen Röntgenbildern, Therapieberichte etc. zum ersten Behandlungstermin mit!

### Hinweis Datenschutz:

Die Datenübertragung im Internet ist nicht lückenlos geschützt, aufgrund dessen kann ein absoluter Schutz vor dem Zugriff durch Dritter nicht garantiert werden (z.B. bei der Zusendung des Fragebogens per E- Mail).

Vielen Dank für Ihr Verständnis und Mitarbeit!

---

1. Wie lange besteht Ihr Kinderwunsch schon?

2. Wie verläuft Ihre Periode? (regelmäßig/ unregelmäßig)

Bestehen bei Ihnen bei Zyklusschmerzen? Seit wann? Wie stark? Wie lange?

3. Versuchen Sie regelmäßig schwanger zu werden oder bestanden Pausen?

4. Waren Sie schon mal schwanger gewesen?

Wenn ja, konnten Sie Ihr Kind gebären/entbinden?

Für den Fall, dass Sie Ihr Kind nicht austragen konnten, wurden Sie daraufhin spezifischer untersucht? Wurde eine Ursache gefunden?

5. Bestehen bei Ihnen gynäkologische Beschwerden, wie z.B. Endometriose, Myome, Zysten, Pilze etc.?



**Osteopathie Birnstein**

Ihre Praxis für Körper und Seele

6. Wurde bisher mittels Ultraschall untersucht, ob bei Ihnen ein Eisprung stattfindet?
7. Wurde Ihr Blutbild untersucht? Wenn ja, was wurde dabei herausgefunden? (z.B. Mangel an Hormonen, Mineralstoffen, Vitaminen etc.)
8. Wurde ein Hormonbefund erstellt? Wenn ja, was kam dabei heraus?
9. Schwitzen Sie angepasst? (normal: in Ruhe schwitzt man nicht, bei Bewegung schwitzt man)
10. Gibt es organische Beschwerden?  
Schilddrüsenprobleme?  
Verdauungsprobleme (Durchfall, Blähungen etc.)?  
Herz-/Kreislaufbeschwerden (Blutdruck-, Herzrhythmusprobleme etc.)?  
Kopfschmerzen?  
Magenbeschwerden (Gastritis, Helicobacter pylori, Sodbrennen etc.)?
11. Leiden Sie unter Schlafstörungen?
12. Leben Sie gesund?  
Haben Sie eine regelmäßig gesunde Ernährung?  
Rauchen Sie?  
Wie häufig trinken Sie Alkohol?  
Haben Sie Stress? (beruflich, familiärer Pflegefall...?)  
Welchen Sport üben Sie aus?



**OsteopathieBirnstein**  
Ihre Praxis für Körper und Seele

Haben Sie viele Sorgen?

Sind Sie zufrieden mit Ihrem Arbeitsumfeld?

13. Nehmen Sie Medikamente ein?

Allgemein? Wenn ja, welche?

Welche für den Kinderwunsch?

14. Was wurde bisher an Therapien unternommen?

15. Fühlen Sie sich selber gesund und zufrieden?

16. Hat sich Ihr Partner bisher untersuchen lassen?

17. Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

18. Kommt es bei Ihnen und Ihrem Partner zum Orgasmus beim Geschlechtsverkehr?

Ich bedanke mich für Ihre Zuarbeit, Ihr Vertrauen und freue mich auf den bevorstehenden Termin!

Mit freundlichen Grüßen,

Ihre Katja Birnstein.