

Checkliste der Voruntersuchungen

Idealerweise sind die unten angeführten Befunde bereits bei Ihrem Erstgespräch vorliegend, da nur so eine individuelle Behandlungsplanung möglich ist. Sollten die Befunde beim ersten Termin noch nicht erstellt worden sein, müssen diese spätestens bei Behandlungsstart an uns übermittelt werden.

Für die Frau - 2 Untersuchungen:

Blutuntersuchung zwischen dem 1. und 4. Tag der Monatsblutung:

Hormonstatus:	FSH LH Östradiol Prolaktin Testosteron Progesteron TSH TPO-AK AMH
Vitamine:	25-OH-Vitamin D
Antikörperbestimmung:	Röteln-spezifische-IgG Antikörper VZV IgG Antikörper (Windpocken / Feuchtblattern)
Blutgerinnung:	APC-Resistenz

Untersuchung bei Ihrer Gynäkologin / Ihrem Gynäkologen:

Abstriche:	Sekret und Bakterienkultur
	zervikaler Chlamydienabstrich

Für den Mann - 1 Untersuchung:

Spermiogramm nach WHO Kriterien (2010)

Dieser Befund kann natürlich bei uns im PCOS Zentrum erstellt werden – kurzfristige Termine verfügbar!

Alles erledigt?

Bitte achten Sie darauf, dass Ihre Befunde nicht älter als 6 Monate sind!
Senden Sie uns Ihre Befunde bis circa 10 Tage vor Ihrem Erstgesprächstermin per E-Mail zu:

dijana.pekic@kinderwunschzentrum.at

Wir sind für Sie da. Sie erreichen uns auch telefonisch unter T +43 1 934 69 79.

Mo - Do: 8 - 12 Uhr | 13 - 16 Uhr Fr: 8 - 13 Uhr



Tipp für Ihre Kinderwunschkreise!

Übermitteln Sie uns alle notwendigen Befunde bzw. Unterlagen, damit wir Ihr Erstgespräch optimal vorbereiten können und Sie keine wertvolle Zeit verlieren.

Wir danken für Ihr Vertrauen und freuen uns auf den Start Ihrer Kinderwunschkreise!



www.pcos-zentrum.at



www.facebook.com/pcoszentrum



www.instagram.com/pcoszentrum



www.youtube.com/ivfwien



Fragebogen für die Frau

Dieser Fragebogen ist sehr wichtig für den Start Ihrer Kinderwunschkreise. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und füllen Sie ihn vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir Sie bestmöglich betreuen und Ihnen im Erstgespräch die optimale Therapieform empfehlen!

* Wichtig: Bei den Fragen mit diesem Icon übermitteln Sie uns bitte die entsprechenden Befunde / Berichte!

Fertilität & Zyklus			
Unerfüllter Kinderwunsch	Seit (Monat <u>und</u> Jahr)		
Ihre Zyklusdauer (1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung)	Dauer in Tagen:		
	<input type="radio"/> regelmäßig	<input type="radio"/> unregelmäßig	<input type="radio"/> Zwischenblutungen
Monatsblutung	1. Monatsblutung im Alter von (Jahre):		
	Die letzte Monatsblutung war am:		
	<input type="radio"/> Ich hatte schon lange keine Blutung mehr. <input type="radio"/> Ich muss wegen starken Beschwerden Schmerzmittel einnehmen.		
Menopause der Mutter	<input type="radio"/> <45 Jahre	<input type="radio"/> 45 - 50 Jahre	<input type="radio"/> 51 - 55 Jahre <input type="radio"/> >55 Jahre
Ihre Schwangerschaften	Spontangeburt(en):		Monat/Jahr:
	Kaiserschnitt(e):		Monat/Jahr:
	Fehlgeburt(en):		Monat/Jahr:
	Eileiter-SS:		Monat/Jahr:
	SS-Abbruch (Abtreibung):		Monat/Jahr:
Schwangerschaften - Kommentar: (z.B. Mehrlinge, Ursache des Kaiserschnitts, Frühgeburt/Totgeburt, etc.)			
Haben Sie bereits Medikamente zur hormonellen Unterstützung erhalten? (z.B. Clomiphen, Femara, etc.)	Name des Medikaments		Seit wann & wie lange?
Untersuchung der Eileiter *	<input type="radio"/> Ja, zuletzt im Jahr:		<input type="radio"/> Nein
	<input type="radio"/> Röntgen (HSG)	<input type="radio"/> HyCoSy	<input type="radio"/> Bauchspiegelung (LSK)
Kinderwunschbehandlungen	<input type="radio"/> Ich hatte noch keine Kinderwunschbehandlung. <input type="radio"/> Ich hatte bereits Vorversuche in einem anderen Institut (IVF, ICSI). *		
Medikation			
Regelmäßige Medikamenteneinnahme	Name & Dosierung		Seit wann & warum?
Akne-Behandlung aktuell/vergangen (mit Vitamin-A-Säure, z.B. Isotretinoin)			
Medikamentenallergien (z.B. Antibiotika, Aspirin, Schmerzmittel, etc.)			

Gynäkologische & infektiöse Krankheiten

	Wann?	Kommentar		
Endometriose *				
Eierstockzysten				
Eierstockentzündung				
Gebärmutterfehlbildung *				
PCO-Syndrom *				
Hepatitis B oder C		<input type="radio"/> abgelaufen	<input type="radio"/> akut	<input type="radio"/> chronisch
		behandelt mit:		
HIV		behandelt mit:		
Syphilis		behandelt mit:		
Chlamydieninfektion		behandelt mit:		

Sonstige Krankheiten & Operationen

	Welche?	Kommentar		
Sonstige Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Blutgerinnungsstörung, Herzrhythmusstörung, etc.)				
Familiäre Vorerkrankungen (z.B. Fehlgeburten, genetische Erkrankungen, Krebserkrankungen, etc.)				
	Jahr	Kommentar		
Bauchspiegelung (LSK) *				
Gebärmutterspiegelung (HSK) *				
Konisation				
Curettage				
Sonstige Operationen:				

Lebensstil

Größe & Gewicht			
Rauchen	<input type="radio"/> Ich war nie Raucherin.	<input type="radio"/> Ich bin Gelegenheitsraucherin.	
	<input type="radio"/> Ja, ich rauche Zigaretten / Tag.	<input type="radio"/> Ich bin Nichtraucherin seit:	
Alkohol	Ich trinke (Anzahl) alkoholische Getränke pro Woche.		
Sport mit übermäßiger Belastung (z.B. Marathontraining, Gewichtheben, Leistungssport, etc.)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja und zwar:	
	<input type="radio"/> Ich habe den Eindruck, dass mich der unerfüllte Kinderwunsch emotional belastet. <input type="radio"/> Bitte senden Sie mir unverbindliche Einladungen zu Ihren Entspannungsgruppen.		

Fragebogen für den Mann

Dieser Fragebogen ist sehr wichtig für den Start Ihrer Kinderwunschkreise. Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und füllen Sie ihn vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir Sie bestmöglich betreuen und Ihnen im Erstgespräch die optimale Therapieform empfehlen!

* Wichtig: Bei den Fragen mit diesem Icon übermitteln Sie uns bitte die entsprechenden Befunde / Berichte!

Fertilität & Andrologie

Erzielte Schwangerschaften	<input type="radio"/> keine	<input type="radio"/> Ja, mit jetziger Partnerin	<input type="radio"/> Ja, mit früherer Partnerin
		Kommentar (genaue Diagnose, Behandlung, etc.)	
Fehlbildung der Samenleiter	<input type="radio"/>		
Hodenhochstand als Kind	<input type="radio"/>		
Hodenentzündung	<input type="radio"/>		
Hodenverletzung	<input type="radio"/>		
Krampfadern am Hoden (Varikozele)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> noch nicht operiert	<input type="radio"/> operiert im Jahr:
Hodentumor *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> noch nicht operiert	<input type="radio"/> operiert im Jahr:
		Wann?	<input type="radio"/> Chemotherapie <input type="radio"/> Bestrahlung
Sterilisation (Vasektomie)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> nicht rückoperiert	<input type="radio"/> rückoperiert im Jahr:
Erektionsstörung	<input type="radio"/>		
Schwierigkeiten Samenabgabe (fremde Umgebung)	<input type="radio"/>		

Medikation

	Name & Dosierung	Seit wann & warum?
Regelmäßige Medikamenteneinnahme		
Medikamentenallergien (z.B. Antibiotika, Aspirin, Schmerzmittel, etc.)		

Infektiöse Krankheiten

	Wann?	Kommentar		
Hepatitis B oder C		<input type="radio"/> abgelaufen	<input type="radio"/> akut	<input type="radio"/> chronisch
		behandelt mit:		
HIV		behandelt mit:		
Syphilis		behandelt mit:		
Chlamydieninfektion		behandelt mit:		
Mumps		Hodenbeteiligung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sonstige Krankheiten & Operationen

	Welche?	Kommentar
Sonstige Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Blutgerinnungsstörung, Herzrhythmusstörung, etc.)		
Familiäre Vorerkrankungen (z.B. Fehlgeburten, genetische Erkrankungen, Krebserkrankungen, etc.)		
	Jahr	Kommentar
Sonstige Operationen:		

Lebensstil

Größe & Gewicht		
Rauchen	<input type="radio"/> Ich war nie Raucher.	<input type="radio"/> Ich bin Gelegenheitsraucher.
	<input type="radio"/> Ja, ich rauche Zigaretten / Tag.	<input type="radio"/> Ich bin Nichtraucher seit:
Alkohol	Ich trinke (Anzahl) alkoholische Getränke pro Woche.	
Sport mit übermäßiger Belastung (z.B. Marathontraining, Gewichtheben, Leistungssport, etc.)	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja und zwar:
Psychische Gesundheit	<input type="radio"/> Ich habe den Eindruck, dass mich der unerfüllte Kinderwunsch emotional belastet.	
	<input type="radio"/> Bitte senden Sie mir unverbindliche Einladungen zu Ihren Entspannungsgruppen.	

Details zu Ihren Vorversuchen

Behandlungstyp	Anzahl	Jahr		Mit Spendersamen?		
Künstliche Befruchtung (IVF/ICSI)				<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Kryoversuch				<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
Eizell- oder Embryonenspende				<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
	Behandlung 1	Behandlung 2	Behandlung 3	Behandlung 4		
Institut (wo?)						
Stimulationsmedikamente	Bitte übermitteln Sie uns die jeweiligen Stimulationsprotokolle. Dieses Dokument erhalten Sie in Ihrem ehemaligen Institut.					
Datum des Versuches						
Anzahl der Follikel (Eibläschen)						
Anzahl der Eizellen						
Anzahl der befruchteten Eizellen						
Befruchtungsmethode	<input type="radio"/> IVF	<input type="radio"/> ICSI	<input type="radio"/> IVF	<input type="radio"/> ICSI	<input type="radio"/> IVF	<input type="radio"/> ICSI
Anzahl der transferierten Embryonen						
Qualität der transferierten Embryonen	Bitte übermitteln Sie uns die jeweiligen Eizellentwicklungsprotokolle. Dieses Dokument erhalten Sie in Ihrem ehemaligen Institut.					
Zeitpunkt des Transfers	<input type="radio"/> Tag 2-3 <input type="radio"/> Tag 4-6	<input type="radio"/> Tag 2-3 <input type="radio"/> Tag 4-6	<input type="radio"/> Tag 2-3 <input type="radio"/> Tag 4-6	<input type="radio"/> Tag 2-3 <input type="radio"/> Tag 4-6		
Ergebnis des Versuches						
Folgende Zusatzmethoden wurden in einem oder mehreren Versuchen bereits angewendet	<input type="radio"/> Embryogluue <input type="radio"/> Schlüpfhilfe (AHA) <input type="radio"/> physiologische ICSI (pICSI) <input type="radio"/> Polkörper-Biopsie <input type="radio"/> Präimplantationsdiagnostik (PGD)					
Kommentarfeld						

Datenschutz & Unterschriften

Dieses Dokument ist nur in Verbindung mit der unterschriebenen Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) gültig. Ohne die unterschriebene Einverständniserklärung ist die Verarbeitung und Speicherung Ihrer Daten nicht möglich.

Mit unseren Unterschriften bestätigen wir die Richtigkeit und Vollständigkeit unserer Angaben.

Datum	Unterschrift Frau	Unterschrift Mann

Einverständniserklärung zur Datenschutzgrundverordnung (DSGVO)

Persönliche Daten

FRAU Vor- und Nachname in Blockschrift, Geburtsdatum

PARTNER*IN Vor- und Nachname in Blockschrift, Geburtsdatum

WICHTIG: Nichtzutreffendes bitte streichen, sollten Sie in einem oder mehreren Punkten kein Einverständnis erteilen. Dieses Einverständnis kann jederzeit widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung Ihrer Daten bleibt bis zum Einlangen des Widerrufs davon unberührt. Bitte unterzeichnen nicht vergessen!

Datenverarbeitung und Informationsübermittlung

Ihre persönlichen Daten und Ihre Krankengeschichte werden im Kinderwunschzentrum an der Wien elektronisch verarbeitet und gespeichert. Diese Daten müssen gemäß FMedG §18 für 30 Jahre aufbewahrt werden und dürfen zuvor nicht gelöscht werden. Wenn Sie damit nicht einverstanden sind, ist es nicht möglich eine Behandlung in unserem Institut durchzuführen.

Im Verlauf der Behandlung werden behandlungsrelevante und personenbezogene Daten an Sie verschickt.

Sollten sich Ihre Daten ändern, ersuchen wir um eigenverantwortliche Übermittlung Ihrer aktuellen Daten!

Wir nehmen zur Kenntnis, dass durch die Datenübermittlung mittels unverschlüsseltem E-Mail-Verkehr Dritte Kenntnis über diese Informationen erhalten und die Daten verändert werden können. Uns ist bewusst, dass dies zur Offenlegung unseres Gesundheitszustandes führen kann. Für jegliche Übertragung und wahrheitsgemäße Angaben unserer Daten sind wir eigenverantwortlich.

Wir stimmen zu, dass das Kinderwunschzentrum behandlungsrelevante Informationen (z.B. Überweisungen, Rezepte, Verträge, Info-Newsletter, etc.) an folgende E-Mail-Adresse(n) versenden darf.

E-Mail-Adresse Frau:

E-Mail-Adresse Partner*in:

Wir stimmen einem Postversand zu. Sollten Sie nicht einverstanden sein, werden sämtliche Unterlagen ausschließlich persönlich an Sie übergeben, was die Behandlung erheblich verzögern bzw. erschweren kann.

Informationsübermittlung an Partner*in

Wir stimmen zu, dass meine behandlungsrelevanten Daten an meine*n Partner*in übermittelt werden dürfen.

Informationsübermittlung an betreuende Ärzt*innen

Wir stimmen zu, dass das Kinderwunschzentrum an der Wien behandlungsrelevante Daten (Behandlungsverlauf, Ergebnis der Behandlung) an unsere betreuenden Fachärzt*innen per Post oder E-Mail übermitteln darf.

Unterschriften

Datum	Unterschrift Frau	Unterschrift Partner*in