

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 für ein »Gespräch mit sich selbst«. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sie können sicher sein, dass alle Angaben, die Sie machen, nur anonymisiert ausgewertet werden.

Den Fragebogen gibt es auch als Onlineversion. Vorteile der Onlineversion sind, dass der Fragebogen versandkostenfrei an uns zurückgeschickt werden kann. Auch die Zeit des Postweges fällt dadurch weg und Sie halten Ihre persönliche Analyse schneller in den Händen. Den Onlinefragebogen finden Sie unter www.planbaby.de/fragebogen/index.html.

Durch das Anmelden und die Vergabe eines Passwortes können Sie die Beantwortung jederzeit auch unterbrechen und später fortfahren. Wenn Sie den Fragebogen an uns zurückschicken, erhalten Sie nach etwa 2–3 Wochen die Auswertung der Ergebnisse mit persönlichen Empfehlungen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese gerne auch per Mail zu. Machen Sie dazu einfach den entsprechenden Vermerk am Ende des Fragebogens.

Fragebogen und Adressangabe werden in unserem Institut sofort getrennt, die Auswertung des Fragebogens erfolgt in einer anderen

Abteilung, deren Mitarbeiter nicht wissen, wer den Fragebogen ausgefüllt hat. Beachten Sie dazu auch die Erklärung zum Datenschutz auf der letzten Seite.

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 wünschen Ihnen und Ihrem Partner viel Erfolg.

Verantwortliche Stelle:

pregive GmbH
Projektteam planBaby
c/o Charité Frauenklinik CVK
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Telefon: +49-30-450 5780 32

FAX: +49-30-450 5789 22

E-Mail: team@planbaby.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 Wirklichkeit 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

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. Ihr Fragebogen wird 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).

Ich zahle per Vorabüberweisung

- für 1 Fragebogenauswertung 15 Euro inkl. 19 % Mehrwertsteuer
- für 2 Fragebogenauswertungen (Mann und Frau) 25 Euro inkl. 19 % Mehrwertsteuer und übernehme damit die Kosten für meinen Partner.

Name meines Partners:

Geburtsdatum meines Partners:

Ich überweise den oben genannten Betrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaber pregive

IBAN: **DE32 1005 0000 0190 7607 45**

BIC: **BELADEBEXX**

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

Meine Krankenkasse übernimmt die Kosten

- für mich
- für mich und meinen Partner

Name meines Partners:

Geburtsdatum meines Partners:

Für die Zuordnung machen Sie bitte folgende Angaben:

Name meiner Krankenkasse:

Meine Versicherungsnummer:

Mein Geburtsdatum:

Mein Partner oder die Krankenkasse meines Partners übernimmt die Kosten für mich

Name meines Partners:

Geburtsdatum meines Partners:

Schulabschluss und Berufstätigkeit

1.	<p>Welchen Schulabschluss haben Sie? Falls Sie mehrere Abschlüsse haben, geben Sie bitte den <u>höchsten</u> an!</p> <p>Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Realschulabschluss (Mittlere Reife) / Abschluss Polytechnische Oberschule 10. Klasse <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. EOS) und Fachoberschule <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Hochschulabschluss <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Anderen Schulabschluss..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Noch keinen Schulabschluss / Schule ohne Abschluss beendet <input type="checkbox"/> 6</p>												
2.	<p>Welche Berufstätigkeit üben Sie derzeit aus? Sind Sie:</p> <p>Voll berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr).. <input type="checkbox"/> 1</p> <p>Teilzeit-berufstätig oder stundenweise beschäftigt..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>In Ausbildung / Schülerin / Lehrling / Studentin..... <input type="checkbox"/> 3</p> <p>Nicht berufstätig <input type="checkbox"/> 4</p> <p>Arbeitslos / arbeitssuchend <input type="checkbox"/> 5</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Weiter mit Frage 4 </div>												
3.	<p>Waren Sie schon einmal berufstätig?</p> <p style="text-align: right;">Nein, nie berufstätig gewesen <input type="checkbox"/> 2</p> <p>Ja, noch in den letzten 12 Monaten .. <input type="checkbox"/> 1 Ja, aber länger als 12 Monate her. <input type="checkbox"/> 3</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Weiter mit Frage 5c </div>												
4.	<p>Wie häufig und wie stark fühlen bzw. fühlten Sie sich durch Arbeit und / oder Ausbildung im Allgemeinen belastet?</p> <p>Häufigkeit: Sehr häufig .. <input type="checkbox"/> 1 Häufig..... <input type="checkbox"/> 2 Gelegentlich.... <input type="checkbox"/> 3 Selten..... <input type="checkbox"/> 4 Nie..... <input type="checkbox"/> 5</p> <p>Stärke: Sehr stark <input type="checkbox"/> 1 Stark..... <input type="checkbox"/> 2 Es geht <input type="checkbox"/> 3 Kaum..... <input type="checkbox"/> 4 Gar nicht... <input type="checkbox"/> 5</p>												
5a	<p>Sind Sie bei der Arbeit / Ausbildung derzeit bzw. waren Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig chemischen Stoffen oder Strahlen ausgesetzt?</p> <p>Derzeit: ja <input type="checkbox"/> 1 Derzeit: nein..... <input type="checkbox"/> 2</p> <p>In den letzten 12 Monaten: ja..... <input type="checkbox"/> 1 In den letzten 12 Monaten: nein <input type="checkbox"/> 2</p> <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> Weiter mit Frage 5c </div>												
5b	<p>Kreuzen Sie bitte die Stoffe an, denen Sie bei der Arbeit ausgesetzt sind / waren:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Farben, Lacke, Lösungsmittel, Kleber..... <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 50%;">Chrom oder Nickel..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Pflanzenschutzmittel, Unkrautbekämpfungsmittel <input type="checkbox"/></td> <td>Cadmium oder Blei..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Holzschutzmittel <input type="checkbox"/></td> <td>Quecksilber..... <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Desinfektionsmittel <input type="checkbox"/></td> <td>Röntgenstrahlen <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Teer, Teerprodukte..... <input type="checkbox"/></td> <td>Sonstiges (<i>bitte angeben</i>): <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Glas- oder Mineralfasern..... <input type="checkbox"/></td> <td style="border: 1px solid black; height: 20px;"></td> </tr> </table>	Farben, Lacke, Lösungsmittel, Kleber..... <input type="checkbox"/>	Chrom oder Nickel..... <input type="checkbox"/>	Pflanzenschutzmittel, Unkrautbekämpfungsmittel <input type="checkbox"/>	Cadmium oder Blei..... <input type="checkbox"/>	Holzschutzmittel <input type="checkbox"/>	Quecksilber..... <input type="checkbox"/>	Desinfektionsmittel <input type="checkbox"/>	Röntgenstrahlen <input type="checkbox"/>	Teer, Teerprodukte..... <input type="checkbox"/>	Sonstiges (<i>bitte angeben</i>): <input type="checkbox"/>	Glas- oder Mineralfasern..... <input type="checkbox"/>	
Farben, Lacke, Lösungsmittel, Kleber..... <input type="checkbox"/>	Chrom oder Nickel..... <input type="checkbox"/>												
Pflanzenschutzmittel, Unkrautbekämpfungsmittel <input type="checkbox"/>	Cadmium oder Blei..... <input type="checkbox"/>												
Holzschutzmittel <input type="checkbox"/>	Quecksilber..... <input type="checkbox"/>												
Desinfektionsmittel <input type="checkbox"/>	Röntgenstrahlen <input type="checkbox"/>												
Teer, Teerprodukte..... <input type="checkbox"/>	Sonstiges (<i>bitte angeben</i>): <input type="checkbox"/>												
Glas- oder Mineralfasern..... <input type="checkbox"/>													

5c 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 6**

Um welche Hobbys / Arbeiten handelt es sich?

Um welche Chemikalien oder Giftstoffe?

Rauchen und andere Drogen

6. 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

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

Ja ₁ Nein ₂ ▶ **Weiter mit Frage 8a**

Wie häufig in den letzten 12 Monaten?

Cannabis <input type="text"/> <input type="text"/> Mal	Amphetamine <input type="text"/> <input type="text"/> Mal	Psylocybin oder "Magic Mushrooms" <input type="text"/> <input type="text"/> Mal
Ecstasy <input type="text"/> <input type="text"/> Mal	Crystal <input type="text"/> <input type="text"/> Mal	Andere Drogen <input type="text"/> <input type="text"/> Mal
Kokain und Crack... <input type="text"/> <input type="text"/> Mal	Halluzinogene/"Trips" <input type="text"/> <input type="text"/> Mal	(bitte angeben welche):
LSD <input type="text"/> <input type="text"/> Mal	Heroin <input type="text"/> <input type="text"/> Mal	<input type="text"/>

Ernährung und Gewicht

8a 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

8b Wie viele Portionen (etwa eine Handvoll) Obst und Gemüse essen Sie im Allgemeinen pro Tag?

Pro Tag ca. Portionen Esse kein Obst und Gemüse ₀

9. Wie groß sind Sie und wie viel Kilo wiegen Sie? Größe ... cm Gewicht... kg

10a Sind Sie Vegetarier oder Veganer? Ja ₁ Nein ₂

12. Wenn Sie die folgenden Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann üblicherweise pro Tag?
Denken Sie dabei bitte (auch) an die letzten 4 Wochen.

 Bitte für jedes Getränk gesondert ankreuzen!

Milch, Milchgetränke (Bitte denken Sie hier z. B. auch an Buttermilch oder Kefir)

Tassen:
gemeint sind normale Tassen mit 150 ml

- Mehr als 6 Tassen 1
- 5 bis 6 Tassen..... 2
- 3 bis 4 Tassen..... 3
- 1 bis 2 Tassen..... 4
- Weniger als 1 Tasse 5
- Trinke (fast) **nie** Milch 6

Kaffee

Tassen:
gemeint sind normale Tassen mit 150 ml

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 |

Tee
Gemeint sind normale Tassen mit 150 ml

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 |

Bier

Alkohol-frei
Alkoholarm, 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 |

Wein, Sekt, Obstwein, Alkopops

Gläser:
gemeint sind Gläser mit 0,2 Liter

- 5 Gläser und mehr..... 1
- 4 Gläser 2
- 3 Gläser..... 3
- 2 Gläser 4
- 1 Glas 5
- Weniger als 1 Glas 6
- Trinke (fast) **nie** Wein, Sekt, Obstwein 7

Hochprozentige alkoholische Getränke (Rum, Weinbrand, Likör, Schnaps u. Ä.)

Kleine Gläser: gemeint sind Gläser mit 2 cl

- 10 kleine Gläser und mehr 1
- 5 bis 9 kleine Gläser 2
- 3 bis 4 kleine Gläser 3
- 2 kleine Gläser..... 4
- 1 kleines Glas 5
- Weniger als 1 kleines Glas 6
- Trinke (fast) **nie** Hochprozentiges..... 7

Körperliche Aktivität und Gesundheit

13. 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 6

14.	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben? Sehr gut..... <input type="checkbox"/> ₁ Gut..... <input type="checkbox"/> ₂ Befriedigend.... <input type="checkbox"/> ₃ Schlecht <input type="checkbox"/> ₄ Sehr schlecht... <input type="checkbox"/> ₅
15a	Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u>?
15b	Wurden diese Krankheiten mit Medikamenten behandelt?
15c	Wenn ja: womit? Geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.
16a	Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie auch <u>in den letzten 4 Wochen</u>?
16b	Wurden diese Krankheiten mit Medikamenten behandelt?
16c	Wenn ja: womit? Geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.

	In den letzten 12 Monaten			In den letzten 4 Wochen		
	15a	15b	15c	16a	16b	16c
	Ja, hatte ich 1	Ja, wurde medikamentös behandelt 2	Name des Medikaments	Ja, hatte ich 1	Ja, wurde medikamentös behandelt 2	Name des Medikaments
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"/>	_____
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"/>	_____

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung	In den letzten 12 Monaten			In den letzten 4 Wochen		
	15a	15b	15c	16a	16b	16c
	Ja, hatte ich	Ja, wurde medikamentös behandelt	Name des Medikaments	Ja, hatte ich	Ja, wurde medikamentös behandelt	Name des Medikaments
	1	2		1	2	
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 (Hypotonie)	<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"/>	_____
44. Sucht- oder Abhängigkeitserkrankung (Medikamente, Drogen, Alkohol).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
45. Thrombose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
46. Thromboseneigung (Gerinnungsstörung) Faktor V-Leiden (APC-Resistenz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
47. Glukoseintoleranz.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
48. Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus Typ I..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
49. Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus Typ II..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstige Krankheiten (<i>bitte angeben</i>):						
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hatte keine dieser Krankheiten	<input type="checkbox"/>					

17a	Welche der folgenden Erkrankungen der Geschlechtsorgane hatten Sie <u>jemals</u> ?		
17b	Welche hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> ?		
17c	Wenn in den letzten 12 Monaten: Mit welchen Medikamenten wurden diese Krankheiten behandelt?		
	17a	17b	17c
	Ja, hatte ich jemals	Ja, hatte ich in den letzten 12 Monaten	Name des Medikaments
	1	2	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►	_____
1.	Bakterielle Scheidenentzündung.....		
2.	Scheidenpilze.....		
3.	Chlamydien.....		
4.	Trichomonaden.....		
5.	Gonorrhoe (Tripper).....		
6.	HPV (Humanes Papilloma-Virus).....		
7.	Herpes-Genitalis.....		
8.	Harnwegsinfektionen (Blasenentzündung).....		
9.	Entzündung des Muttermundes.....		
10.	Eierstockentzündung / Eileiterentzündung.....		
11.	Entzündung der Gebärmutter.....		
	Andere Infektionen der Geschlechtsorgane (<i>bitte angeben</i>):		
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ►
17d	Wie viele Vaginalinfektionen, die behandelt werden mussten, hatten Sie ungefähr in Ihrem Leben?		
	Ungefähr <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Vaginalinfektionen	Keine <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> 0
18.	Wie viele unterschiedliche Sexualpartner hatten Sie ungefähr in Ihrem Leben?		
	Ungefähr <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	Sexualpartner	
19.	Wurden bei Ihnen jemals Operationen oder andere Eingriffe im Bauch oder im Unterleib vorgenommen?		
	Ja <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1	Nein 2 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> ►	Weiter mit Frage 20
	Welche und in welchem Jahr zuletzt?		
	Ja	Jahr	
	1		
1.	Bauchspiegelung.....	<input type="checkbox"/>	<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.	Gebärmutterspiegelung.....	<input type="checkbox"/>	<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.	Gebärmutterausschabung (Kürettage / Abortkürettage).....	<input type="checkbox"/>	<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.	Eierstockentfernung (Ovarektomie).....	<input type="checkbox"/>	<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"/>
5.	Ausschneidung am Muttermund (Konisation).....	<input type="checkbox"/>	<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"/>
6.	Entfernung von Myomen, Polypen, Septum, Eileitern.....	<input type="checkbox"/>	<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"/>
7.	Zystenentfernung.....	<input type="checkbox"/>	<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"/>
8.	Diagnose und Behandlung der Endometriose.....	<input type="checkbox"/>	<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"/>
<i>Fortsetzung nächste Seite</i>			

22. 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..... 0

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

Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!

	Stark 1	Mäßig 2	Kaum 3	Gar nicht 4
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"/>
Grübelei.....	<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"/>

24. 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	2-3 Mal pro Woche 2	Seltener/ nie 3	
Folsäure	<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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
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"/>	
Vitamin D.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Multivitaminpräparat.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

25. 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 | <input type="checkbox"/> | 11. Unfruchtbarkeit / ungewollte Kinderlosigkeit.. | 1 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Andere Fehlbildungen | <input type="checkbox"/> | | 12. Zystenniere | <input type="checkbox"/> | |
| 3. Diabetes (Zuckerkrankheit) | <input type="checkbox"/> | | 13. Fehlgeburten | <input type="checkbox"/> | |
| 4. Hypertonie (Bluthochdruck)..... | <input type="checkbox"/> | | 14. Frühgeburten | <input type="checkbox"/> | |
| 5. Andere Herz-Kreislaufkrankheiten | <input type="checkbox"/> | | 15. Erkrankungen der Atemwege | <input type="checkbox"/> | |
| 6. Mukoviszidose | <input type="checkbox"/> | | Andere Krankheiten (<i>bitte angeben</i>): | <input type="checkbox"/> | |
| 7. Schilddrüsenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | | |
| 8. Krampfadern, Thrombosen, Venenerkrankungen | <input type="checkbox"/> | | <input style="width: 100%; height: 15px;" type="text"/> | | |
| 9. Chromosomenveränderungen (Trisomien) | <input type="checkbox"/> | | Keine dieser Krankheiten i. d. Herkunftsfamilie... | <input type="checkbox"/> | |
| 10. Krebserkrankungen..... | <input type="checkbox"/> | | Weiß nicht | <input type="checkbox"/> | |

26. Welche Gegebenheiten treffen in letzter Zeit auf Sie zu?

 **Bitte machen Sie in jede Zeile ein Kreuz!**

- | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| | 1 | 2 |
| 1. Ist Ihr Herz- oder Pulsschlag häufiger unregelmäßig (auch Herzrasen)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Stellen Sie Veränderungen des Appetits fest? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Haben Sie häufig Verstopfung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Haben Sie häufig Stuhlgang und / oder Durchfall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr style="border-top: 1px dashed #000;"/> | | |
| 5. Haben Sie eine nicht erklärbare Gewichtszunahme?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Haben Sie verstärkt Haarausfall?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie trockene Haut, brüchige Fingernägel oder stumpfe Haare?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie häufiger Konzentrationsstörungen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr style="border-top: 1px dashed #000;"/> | | |
| 9. Haben Sie häufiger depressive Verstimmungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Haben Sie in der letzten Zeit vermehrt Durst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Mussten Sie in der letzten Zeit häufiger Wasser lassen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Haben Sie in der letzten Zeit unerklärliche Sehstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr style="border-top: 1px dashed #000;"/> | | |
| 13. Haben Sie häufiger geschwollene Beine oder Füße? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Haben Sie Besenreiser?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Hatten Sie jemals eine Thrombose? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Machen Sie beruflich oder privat häufiger Flugreisen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <hr style="border-top: 1px dashed #000;"/> | | |
| 17. Machen Sie beruflich oder privat häufiger längere Autofahrten?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Frühere Schwangerschaften

27a Wie oft waren Sie insgesamt schwanger?
 Insgesamt mal schwanger Noch nie.....0 ► Weiter mit Frage 30

27b Sind diese Schwangerschaften (ist diese Schwangerschaft) mit Ihrem derzeitigen Partner eingetreten? Ja (mindestens (eine)... ₁ Nein ₂

27c Sind diese Schwangerschaften (ist diese Schwangerschaft) auf natürliche Weise entstanden oder durch eine Kinderwunschbehandlung? Auf natürliche Weise (mindestens (eine)).... ₁
 Durch Kinderwunschbehandlung(en)..... ₂

27d Wie viele Schwangerschaften wurden abgebrochen?
 Insgesamt Schwangerschaften Keine.....0 ► Weiter mit Frage 27f

27e Wurde eine Schwangerschaft wegen einer diagnostizierten schweren Erkrankung des Embryos oder Foetus (z.B. Chromosomenanomalie, Fehlbildung) abgebrochen? Nein ₁
 Ja, Chromosomenanomalie ₁
 Ja, Fehlbildung ₁
 Ja, andere Erkrankung ₁

27f Ist bei Ihnen eine Bauchhöhlenschwangerschaft, Eileiterschwangerschaft (Extrauterin gravidität) festgestellt worden?
 Nein.....1 Ja.....2 ► Wie häufig? mal

27g Ist bei Ihnen schon einmal eine Fehlgeburt oder Totgeburt aufgetreten?
 Nein.....1 Ja.....2 ► Wie häufig? mal

28. Wie viele Kinder haben Sie insgesamt geboren?
 Insgesamt Kinder Kein Kind0 ► Weiter mit Frage 30

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"/>
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"/>
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"/>
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"/>

29. Sind bei Ihrem Kind / Ihren Kindern vor oder nach der Geburt Fehlbildungen festgestellt worden?
 Nein.....1 Ja.....2 ► Welche?

30. Wie verhüten Sie bzw. wie haben Sie bisher verhütet?
 ☞ Bitte kreuzen Sie alles an, was zutrifft!

Habe noch nie verhütet ¹ ► Weiter mit Frage 32a

Verhüte bzw. verhütete durch:

Pille ► Welches Präparat?

Kinderwunsch

Fortsetzung

Verhüte bzw. verhütete durch:

- 1 Kondome.....
- 1 Femidom (Kondom für Frauen).....
- 1 Vaginalschaum, Zäpfchen.....
- 1 Spirale.....
- 1 Diaphragma.....

- 1 Koitus interruptus.....
- 1 Zykluscomputer.....
- 1 Sonstiges.....

Bitte angeben:

31. Verhüten Sie derzeit (noch) eine Schwangerschaft?

- Nein.....1 ► **Vor wie vielen Monaten haben Sie aufgehört zu verhüten?** Vor Monaten
- Ja.....2

32a Wie viele Regelblutungen hatten Sie seit Absetzen der Pille bzw. der Verhütung bis heute?

Falls Sie noch verhüten oder noch nie verhütet haben, geben Sie dies bitte für die letzten 12 Monate an.

Ungefähr Regelblutungen Keine.....0

32b Wie war der Abstand zwischen zwei Regelblutungen (Zyklusdauer, Zykluslänge)

seit Absetzen der Verhütung bzw. falls Sie noch verhüten oder noch nie verhütet haben üblicherweise?

Regelmäßig.....1 ► zwischen Tagen und Tagen

Unregelmäßig.....1 ► der kleinste Abstand betrug..... Tage

der größte Abstand betrug..... Tage

32c Wie ist bei Eintritt der Regelblutung die Blutungsstärke üblicherweise?

Leicht..... 1 Mittel..... 2 Stark..... 3

32d Wie viele Tage dauert die Regelblutung üblicherweise? Tage

32e Haben Sie Schmerzen bei der Regelblutung?

Ja, schon immer..... 1

Ja, seit einiger Zeit.. 2

Nein..... 3 ►

Weiter mit Frage 33

32f Nehmen die Schmerzen in letzter Zeit zu?

Ja..... 1

Nein..... 2

32g Wann setzen die Schmerzen üblicherweise ein und wann sind Sie am stärksten?

Setzen ein Sind am stärksten

1

2

Vor Einsetzen der Blutung.....

Mit dem Einsetzen der Blutung

33. Tampons und Binden unterscheiden sich nach der Saugstärke, die auf der Packung mit Tröpfchen (1-6) gekennzeichnet sind.

Welche Tampons- bzw. Bindentypen verwenden Sie zu Beginn, in der Mitte und am Ende der Regelblutung und wie häufig wechseln Sie diese jeweils pro Tag?

	Regelblutung zu Beginn		Regelblutung in der Mitte		Regelblutung am Ende	
	Verwende Typ	Wechsel pro Tag	Verwende Typ	Wechsel pro Tag	Verwende Typ	Wechsel pro Tag
	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 1	<input type="text"/> mal
	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 2	<input type="text"/> mal
	<input type="checkbox"/> 3	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 3	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 3	<input type="text"/> mal
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="text"/> mal
	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 5	<input type="text"/> mal
	<input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/> mal	<input type="checkbox"/> 6	<input type="text"/> mal

34. Hatten Sie in den letzten 12 Monaten Unfälle, Verletzungen oder Operationen, die zu einem Blutverlust führten?

Nein.....1

Ja.....2 ► Um was handelte es sich:

35. Haben Sie in den letzten 12 Monaten Blut gespendet?

Ja1

Nein.....2 ►

Weiter mit Frage 36a

Wie häufig war das in den letzten 12 Monaten?

Insgesamt..... mal

Vor wie viel Monaten war die letzte Blutspende?

Vor..... Monaten

36a. 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 37a

36b. 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"/>

<p>37a</p> <p>37b</p> <p>37c</p>	<p>Haben Sie auch außerhalb der Periode Schmerzen im Unterleib? Ja, häufig und stark.....<input type="checkbox"/>₁ Ja, gelegentlich und leicht....<input type="checkbox"/>₂ Nein.....<input type="checkbox"/>₃</p> <p>Bemerken Sie vor und während der Periode Blutbeimengungen im Urin oder Stuhl? Ja<input type="checkbox"/>₁ Nein<input type="checkbox"/>₂</p> <p>Haben Sie in letzter Zeit ...</p> <p>– eine Zunahme der Körperbehaarung festgestellt? Ja<input type="checkbox"/>₁ Nein.....<input type="checkbox"/>₂</p> <p>– verstärkten Haarausfall beobachtet? Ja<input type="checkbox"/>₁ Nein.....<input type="checkbox"/>₂</p> <p>– (verstärkt) Akne festgestellt? Ja<input type="checkbox"/>₁ Nein.....<input type="checkbox"/>₂</p>
<p>38.</p>	<p>Nur an maximal sechs Tagen in einem Zyklus – etwa fünf Tage vor dem Tag des Eisprungs und am Tag des Eisprungs selbst – kann eine Frau schwanger werden. Es gibt bestimmte Methoden, die fruchtbaren Tage zu bestimmen bzw. einzugrenzen. Verwenden Sie derartige Methoden?</p> <p>Ja<input type="checkbox"/>₁ Nein.....<input type="checkbox"/>₂  Weiter mit Frage 39a</p> <p>▼</p> <p>Welche Methoden sind das?  Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft! ₁</p> <p>A Messung der morgendlichen Temperatur (Basaltemperaturmethode).....<input type="checkbox"/></p> <p>B Schleimstrukturmethode<input type="checkbox"/></p> <p>C Kombination aus A und B (Symptothermale Methode)<input type="checkbox"/></p> <p>D Kalendermethode.....<input type="checkbox"/></p> <p>E Temperaturcomputer / Temperaturmessung<input type="checkbox"/></p> <p>F Hormoncomputer<input type="checkbox"/></p> <p>G LH-Messstäbchen<input type="checkbox"/></p> <p>Sonstige Methode <input type="text"/> (bitte angeben):</p>
<p>39a</p> <p>39b</p>	<p>Wie häufig pro Monat haben Sie mit Ihrem Partner Geschlechtsverkehr ohne Empfängnisverhütung? Ungefähr....<input type="text"/><input type="text"/> mal pro Monat</p> <p>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</p>
<p>40.</p>	<p>Haben Sie sich schon einmal Gedanken und Sorgen gemacht, warum Sie nicht schneller schwanger werden?</p> <p>Ja<input type="checkbox"/>₁  Haben Sie mit Ihrem Partner darüber gesprochen? Ja<input type="checkbox"/>₁ Nein<input type="checkbox"/>₂</p> <p>Haben Sie mit Ihrem Frauenarzt darüber gesprochen? Ja<input type="checkbox"/>₁ Nein<input type="checkbox"/>₂</p> <p>Nein.....<input type="checkbox"/>₂</p>

41a Was trifft auf Sie und Ihren Partner hinsichtlich der Verhütung derzeit zu?

 **Machen Sie bitte nur ein Kreuz!**

- Wir planen in Kürze mit der Schwangerschaftsverhütung aufzuhören 1
- Wir haben die Verhütung vor kurzem beendet..... 2
- Wir haben die Verhütung schon vor längerer Zeit beendet..... 3

41b Was trifft auf Sie und Ihren Partner hinsichtlich des Kinderwunsches derzeit zu?

 **Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft!**

- Wir versuchen (noch) auf natürlichem Wege eine Schwangerschaft zu erreichen 1
- Wir haben schon über eine mögliche Kinderwunschbehandlung nachgedacht.....
- Wir haben uns bereits über eine mögliche Kinderwunschbehandlung eingehend informiert.....
- Wir stehen kurz vor der Kinderwunschbehandlung
- Wir lassen derzeit die erste Kinderwunschbehandlung durchführen.....
- Wir lassen derzeit wiederholt eine Kinderwunschbehandlung durchführen.....
- Wir haben bisher ohne Erfolg eine oder mehrere Kinderwunschbehandlungen durchführen lassen.....
- Wir haben bisher mit Erfolg eine oder mehrere Kinderwunschbehandlungen durchführen lassen.....

42. Sind in Verbindung mit dem Kinderwunsch bei Ihnen schon irgendwelche diagnostischen und / oder therapeutischen Maßnahmen durchgeführt worden?

Ja 1
▼

Nein 2 ▶

Weiter mit Frage 48a - Statistik

43a Wurde Ihre Schilddrüse bereits untersucht?

Ja 1
▼

Nein..... 2

Weiß nicht..... 3 } **Weiter mit Frage 44**

43b Mit welchen Verfahren und in welchem Jahr (zuletzt)?

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

43c Welche Befunde ergaben sich?

- Jodmangel..... 1
- Schilddrüsenunterfunktion.....
- Schilddrüsenüberfunktion.....
- Immunstörung / Entzündung
- Sonstiges (bitte angeben): ▶
- Keine

44. Wurde bei Ihnen der Immunstatus bereits überprüft?

	Nein	Ja		
	1	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"/>

45a Wurde die Durchgängigkeit Ihrer Eileiter bereits untersucht?

Ja ₁ Nein..... ₂ ▶ Weiter mit Frage 46a

45b Mit welchem Verfahren und in welchem Jahr (zuletzt)?

Ultraschall ₁
Röntgen..... ₂
Bauchspiegelung (Laparoskopie) ₃

(Zuletzt) im Jahr

45c Welche Befunde ergaben sich?

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

Sonstige Befunde (*bitte angeben*):

46a Wurden bei Ihnen andere Untersuchungen, z.B. Chromosomenuntersuchungen und /oder genetische Tests, durchgeführt?

Ja ₁ Nein..... ₂ ▶ Weiter mit Frage 47

Welche Untersuchungen bzw. Tests?

46b Waren die Befunde auffällig oder unauffällig?

Auffällig..... ₁ Unauffällig..... ₂ ▶ Weiter mit Frage 47

Welche Befunde gab es?

47. Ist bereits mindestens eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt worden?

Ja ₁

Nein ₂ ▶

Weiter mit Frage 48a - 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"/>							

Welche Methoden kamen in wie vielen Zyklen zur Anwendung?

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

Welches Präparat?

Welche Präparate?

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

48a Wie alt sind Sie? Jahre

48b 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

48c	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?	Deutsch <input type="checkbox"/> 1 Andere <input type="checkbox"/> 2																		
48d	Ihr Familienstand: Verheiratet, mit Ehepartner zusammenlebend <input type="checkbox"/> 1 Verheiratet, von Ehepartner getrennt lebend <input type="checkbox"/> 2 Mit Partner unverheiratet zusammenlebend <input type="checkbox"/> 3	Ledig <input type="checkbox"/> 4 Geschieden <input type="checkbox"/> 5 Verwitwet <input type="checkbox"/> 6																		
48e	Wie viele Jahre besteht Ihre derzeitige Partnerschaft?	<input type="text"/> <input type="text"/> Jahre																		
49.	Bitte geben Sie abschließend unserem planBaby-Programm noch eine Schulnote:	<table border="0"><tr><td>Sehr gut</td><td>Gut</td><td>Befriedigend</td><td>Ausreichend</td><td>Mangelhaft</td><td>Un- genügend</td></tr><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><input type="checkbox"/></td><td><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"/>															
50.	Wo bzw. wie sind Sie auf das Programm planBaby aufmerksam geworden?	<table border="0"><tr><td>1</td><td>1</td></tr><tr><td>Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis <input type="checkbox"/></td><td>Im Internet <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis <input type="checkbox"/></td><td>Durch Freunde, Bekannte, Kollegen <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/></td><td>Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Artikel in einer Zeitung / Zeitschrift <input type="checkbox"/></td><td>Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/></td></tr><tr><td>Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/></td><td>Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):</td></tr><tr><td>Im Buchladen <input type="checkbox"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>In der Apotheke <input type="checkbox"/></td><td></td></tr></table>	1	1	Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis <input type="checkbox"/>	Im Internet <input type="checkbox"/>	Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis <input type="checkbox"/>	Durch Freunde, Bekannte, Kollegen <input type="checkbox"/>	Persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/>	Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/>	Artikel in einer Zeitung / Zeitschrift <input type="checkbox"/>	Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/>	Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/>	Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):	Im Buchladen <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	In der Apotheke <input type="checkbox"/>			
1	1																			
Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis <input type="checkbox"/>	Im Internet <input type="checkbox"/>																			
Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis <input type="checkbox"/>	Durch Freunde, Bekannte, Kollegen <input type="checkbox"/>																			
Persönliche Empfehlung eines Arztes <input type="checkbox"/>	Durch Partner / Ehepartner <input type="checkbox"/>																			
Artikel in einer Zeitung / Zeitschrift <input type="checkbox"/>	Durch meine Krankenkasse <input type="checkbox"/>																			
Durch Fernsehen / Rundfunk <input type="checkbox"/>	Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):																			
Im Buchladen <input type="checkbox"/>	<input type="text"/>																			
In der Apotheke <input type="checkbox"/>																				
51.	Auf welche Fragen zum Kinderwunsch haben Sie bisher (auch im planBaby-Buch) keine ausreichende Antwort bekommen? Bitte geben Sie uns diese hier an:	<input type="text"/>																		
52.	Datum des Ausfülltages:	<input type="text"/> <input type="text"/> Tag <input type="text"/> <input type="text"/> Monat <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Jahr																		

Ernährungsanalyse

53. 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)

So ernähre ich mich:

Nahrungsmittel	Kücheneinheit bzw. Portionsmenge	Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag							Summe (7 Tage)
		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
BROT									
Graubrot	Scheibe = 45 g								
Weißbrot, Toast	Scheibe = 30 g								
½ Brötchen	Stück = 25 g								
½ Vollkornbrötchen	Stück = 30 g								
Vollkornbrot	Scheibe = 50 g								
Laugengebäck	Stück = 50 g								
Croissant aus Blätterteig	Stück = 70 g								
Knäcke, Zwieback	Scheibe = 10 g								
BROTBELAG / EIER									
Butter	Portion = 20 g								
Margarine	Portion = 20 g								
Margarine, halbfett	Portion = 20 g								
Wurst (Salami, Mettwurst, Leberwurst)	Portion = 30 g								
Fettarme Wurst (Corned Beef, Geflügelwurst)	Portion = 25 g								
Sojaaufschnitt	Portion = 30 g								
Vegetarische Pasten	Portion = 20 g								
Frischkäse	Portion = 30 g								
Käse unter 20 % Fett i.Tr.	Portion = 30 g								
Käse 20 bis 40 % Fett i.Tr.	Portion = 30 g								
Käse über 40 % Fett i.Tr.	Portion = 30 g								
Marmelade, Gelee	Portion = 25 g								
Honig	Portion = 20 g								
Nussnougatcreme	Portion = 20 g								
Magerquark	Esslöffel = 30 g								
Speisequark	Esslöffel = 30 g								
Eier	Stück = 60 g								
CEREALIEN (MÜSLI ETC.)									
Haferflocken, trocken	Tasse = 60 g								

Fortsetzung nächste Seite

Nahrungsmittel	Kücheneinheit bzw. Portionsmenge	Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag							Summe (7 Tage)
		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
Müsli, trocken	Tasse = 50 g								
Cornflakes, trocken	Tasse = 30 g								
Frühstückscerealien	Tasse = 30 g								
Sonnenblumen-, Kürbiskerne	Esslöffel = 20 g								
KAFFEE / MILCH / JOGHURT									
Kaffee	Tasse = 150 g								
Schwarzer oder Grüner Tee	Tasse = 125 g								
Früchtetee, Kräutertee, Aromatee	Becher = 200 g								
Dosenmilch	Teelöffel = 5 g								
Zucker	Teelöffel = 5 g								
Kakao	Tasse = 150 g								
Trinkmilch 3,5 % Fett	Glas = 150 g								
Trinkmilch 1,5 % Fett	Glas = 150 g								
Buttermilch	Tasse = 150 g								
Sojamilch	Tasse = 150 g								
Tofu	Portion = 100 g								
Joghurt 3,5 % Fett	Kleiner Becher = 150 g								
Joghurt 1,5 % Fett	Kleiner Becher = 150 g								
Joghurt mit Früchten 3,5 % Fett	Kleiner Becher = 150 g								
Joghurt mit Früchten 1,5 % Fett	Kleiner Becher = 150 g								
FLEISCH									
Kotelett, Schnitzel	Portion = 180 g								
Steak, Schnitzel natur	Portion = 160 g								
Putenschnitzel	Portion = 350 g								
Braten	Portion = 125 g								
Gulasch, Ragout	Portion = 150 g								
Bratwurst	Stück = 100 g								
Würstchen, Bockwurst, Wiener Würstchen	Stück = 100 g								
Fleisch-, Kochwurst	Portion = 125 g								
Frikadelle, Klops	Stück = 200 g								
Hähnchenfleisch	Portion = 125 g								
Leber, Herz, Niere	Portion = 125 g								
Mett, Gehacktes	Portion = 100 g								
Speck, Bauchfleisch	Scheibe = 30 g								
KARTOFFELN / BEILAGEN									
Kartoffeln	Portion = 200 g								
Kartoffelpüree	Portion = 250 g								
Klöße, Knödel	Portion = 200 g								
Bratkartoffeln	Portion = 250 g								

Nahrungsmittel	Kücheneinheit bzw. Portionsmenge	Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag							Summe (7 Tage)
		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
Pommes frites	Portion = 200 g								
Kartoffelpuffer	Portion = 200 g								
Reis, gekocht	Portion = 180 g								
Naturreis, gekocht	Portion = 180 g								
Weizen-, Roggen-, Gerste-Vollkorn	Portion = 150 g								
Nudeln, gekocht	Portion = 125 g								
Vollkornnudeln, gekocht	Portion = 125 g								
Soße	Portion = 60 g								
Tomatenketchup	Esslöffel = 20 g								
Hackfleischsoße	Portion = 75 g								
GERICHTE									
Pizza	Stück = 300 g								
Vegetarische Pizza	Stück = 250 g								
Pfannkuchen, Eierkuchen, Crêpe	Portion = 250 g								
Spaghetti in Tomatensoße	Portion = 250 g								
Fladenbrot mit Kalb-/Rindfleisch (Döner)	Stück = 350 g								
Gemüse-Lasagne	Portion = 250 g								
Ratatouille	Portion = 350 g								
Frühlingsrolle	Portion = 150 g								
GEMÜSE / SALAT									
Rotkohl, Weißkohl, Sauerkraut, Wirsing	Portion = 200 g								
Spinat, Mangold	Portion = 150 g								
Rote Rübe (Rote Beete) gegart	Portion = 150 g								
Blumenkohl, Broccoli	Portion = 200 g								
Kohlrabi, Rosenkohl	Portion = 200 g								
Kürbis frisch gegart	Portion = 150 g								
Fenchel, Spargel, Porree	Portion = 200 g								
Möhren, Schwarzwurzeln	Portion = 200 g								
Bohnen, Erbsen grün	Portion = 200 g								
Aubergine	Portion = 150 g								
Avocado	Stück = 125 g								
Pilze gegart	Portion = 120 g								
Gurke, Paprika, Tomate	Portion = 150 g								
Gewürzgurken Sauerkonserve, abgetropft	Portion = 100 g								
Mais aus Konserve	Portion = 150 g								
Zwiebeln	Portion = 30 g								
Oliven	Portion = 20 g								
Endivien-, Eisberg-, Feld-, Kopfsalat	Portion = 100 g								
Sojasprossen	Portion = 12 g								

Nahrungsmittel	Kücheneinheit bzw. Portionsmenge	Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag							Summe (7 Tage)
		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
Rohkostsalat ohne Dressing	Portion = 250 g								
Blattsalat mit Dressing	Portion = 100 g								
Küchenkräuter frisch	Teelöffel = 1 g								
Nudelsalat mit Mayonnaise	Portion = 350 g								
Kartoffelsalat	Portion = 250 g								
Fleischsalat	Portion = 100 g								
SUPPEN / EINTÖPFE									
Klare Suppe	Teller = 300 g								
Gebundene Suppe	Teller = 350 g								
Suppen-Eintopf	Teller = 450 g								
Gemüse-Eintopf	Teller = 450 g								
Linsen-, Erbseneintopf	Teller = 400 g								
FISCH									
Fisch, gekocht	Portion = 150 g								
Fisch, gebraten	Portion = 200 g								
Fischstäbchen	Portion = 150 g								
Fischkonserve	Dose = 180 g								
Fisch, geräuchert	Portion = 70 g								
Rollmops, Matjes	Stück = 90 g								
Krustentiere	Portion = 100 g								
GETRÄNKE									
Fruchtsaft	Glas = 200 g								
Multivitaminsaft	Glas = 200 g								
Apfelsaftschorle	Glas = 200 g								
Limonade, Cola	Glas = 200 g								
Diätlimonaden	Glas = 200 g								
Mineralwasser	Glas = 200 g								
Trinkwasser	Glas = 200 g								
Gemüsesaft	Glas = 200 g								
Bier alkoholfrei	Glas = 330 g								
Radler/Alster, Light Bier, Alkoholarm	Glas = 300 g								
Bier	Glas = 330 g								
Wein, Sekt	Kleines Glas = 125 g								
Spirituosen (Weinbrände, Schnäpse)	Schnapsglas = 20 g								
Liköre	Schnapsglas = 20 g								
OBST									
Apfel	Stück = 125 g								
Apfelsine	Stück = 125 g								
Ananas	Portion = 125 g								

Nahrungsmittel	Kücheneinheit bzw. Portionsmenge	Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag							Summe (7 Tage)
		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
Birne	Stück = 120 g								
Banane	Stück = 125 g								
Melone	Portion = 125 g								
Weintrauben	Portion = 125 g								
Aprikosen, Pfirsiche, Kirschen, Pflaumen	Portion = 100 g								
Erdbeeren, Himbeeren, Stachelbeeren	Portion = 100 g								
Mandarine, Clementine	Portion = 125 g								
Kiwi	Stück = 45 g								
KUCHEN / DESSERT									
Obstkuchen	Stück = 150 g								
Dresdner Stollen aus Hefeteig	Stück = 100 g								
Nürnberger Lebkuchen	1/2 Stück = 40 g								
Trockenkuchen	Stück = 70 g								
Stückchen, Teilchen	Stück = 50 g								
Sahne-, Cremetorte	Stück = 120 g								
Schlagsahne	Esslöffel = 25 g								
Eis	Portion = 75 g								
Milchreis	Portion = 250 g								
Pudding	Portion = 250 g								
Kompott, Apfelmus	Portion = 250 g								
SÜSSWAREN / SNACKS									
Bonbon	Stück = 5 g								
Gummibärchen/Weingummi	Esslöffel = 15 g								
Kekse	Stück = 5 g								
Schokolade	Portion = 20 g								
Schokoriegel (z. B. Mars, Nuts)	Stück = 60 g								
Müsliriegel	Stück = 25 g								
Pralinen	Stück = 12 g								
Nüsse	Esslöffel = 25 g								
Salzige Knabbereien	Tasse = 25 g								
ÖLE / SALZ									
Sonnenblumenöl, Distelöl	Esslöffel = 10 g								
Sojaöl, Erdnussöl	Esslöffel = 10 g								
Olivenöl, Rapsöl	Esslöffel = 10 g								
Jodiertes Salz	Prise = 0,5 g								
Sonstiges (bitte angeben):									

Dieses Blatt wird sofort nach Eingang des Fragebogens abgetrennt!

Anschrift zur Einsendung des Fragebogens:

pregive GmbH, Postfach 110540, 10835 Berlin

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

Name:

Adresse:

Postleitzahl / Ort:

<input type="text"/>						
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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:

<input type="text"/>							
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Tag

Monat

Jahr

Ich bin damit einverstanden, dass für eine mögliche Folgebefragung (z. B. zu den durchgeführten Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung und deren Erfolg) 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

Bitte geben Sie uns für die Zuordnung an, ob zu Ihrem Frauenfragebogen auch ein Männerfragebogen eingeht.

Nur ich sende einen Fragebogen ein

Mein Partner sendet auch einen Fragebogen ein.

Name meines Partners: _____

Geburtsdatum meines Partners: _____

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

© pregive GmbH, ehemals FBE Forschung Beratung Evaluation GmbH, außer: Frage 53: © Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE). Die Auswertung der Fragen 15-17 wird in Kooperation mit dem Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie durchgeführt.

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 Daten werden nur in anonymisierter Form ausgewertet. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Wenn Sie möchten, können Sie an der Befragung auch anonym teilnehmen und / oder die Ergebnisse an eine dritte Person oder ein Postfach schicken lassen. Die Zustimmung zur Folgebefragung können Sie jederzeit für die Zukunft unter team@planbaby.de oder telefonisch unter 030/450 5780 32 widerrufen.

Bei pregive sind Name und Anschrift stets vom Fragebogen getrennt. Beide Teile erhalten eine Codenummer. Name und Anschrift werden von pregive in der Versandabteilung und dem beauftragten Versandunternehmen gesichert, um Ihnen die persönlichen Empfehlungen auch zusenden zu können. Dabei wird der Antwortbrief verschlossen und nur über die Codenummer an Sie adressiert.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung werden ausschließlich in anonymisierter Form und in Gruppen zusammengefasst dargestellt. Niemand kann also aus den Ergebnissen erkennen, von welcher Person die Angaben stammen. Der ausgefüllte Fragebogen wird ohne Name und Anschrift zur wissenschaftlichen Auswertung an die Datenverarbeitungsabteilung gegeben. Deren Mitarbeiter sehen also nicht, von wem die Angaben stammen. Nur in besonderen Ausnahmefällen (Rückfragen der Teilnehmer) werden die Adressdaten durch eine besonders autorisierte Mitarbeiterin mit den Fragebogendaten zusammengeführt, um die Rückfrage zu beantworten.

Damit ist eine größtmögliche Trennung der Fragebogendaten und der Adressdaten umgesetzt. Die technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz werden regelmäßig vom betrieblichen Datenschutzbeauftragten geprüft.

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