

Anamnesebogen Frau ♀

Bitte füllen Sie die Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an. Unklare Fragen markieren Sie bitte mit einem Fragezeichen. Bitte bringen Sie den Bogen zum ersten Beratungsgespräch mit.

Name: _____	Patienten.-ID: _____
Vorname: _____	
Geb.-Datum: _____	Beruf: _____
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg	Wurde Ihre Schilddrüse bereits untersucht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (mit welchem Ergebnis?)
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Zig./Tag	Hatten Sie nicht-gynäkologische Operationen in der Vergangenheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (welche?/wann?)
Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (welche?)
Haben Sie eine Allergie gegen Medikamente/Antibiotika (Penicillin)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (welche?)	Gibt es in Ihrer Familie besondere Erkrankungen, z. B. Krebserkrankungen bei jüngeren Familienmitgliedern, geistig oder körperlich behinderte Kinder, Bluthochdruck, Thrombosen, Zucker, genetische Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mütterlicherseits (welche?) <input type="checkbox"/> ja, väterlicherseits (welche?)
Haben Sie sonstige andere Allergien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (welche?)	Wurde bei Ihnen schon einmal eine genetische Blutuntersuchung durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (welche?)
Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein, keine dieser Erkrankungen	Traten schon einmal Probleme bei einer Narkose auf? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (welche Probleme?)
Diabetes (Zuckerkrankheit): Welche? Seit wann? <input type="checkbox"/> ja	Wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt?
Bluthochdruck: <input type="checkbox"/> ja	
Thrombosen/Embolien: <input type="checkbox"/> ja	
Lungenerkrankung: <input type="checkbox"/> ja	
Epilepsie: <input type="checkbox"/> ja	
Magen-Darmerkrankung: <input type="checkbox"/> ja	
Nierenerkrankungen: <input type="checkbox"/> ja	
Lebererkrankung (Hepatitis): <input type="checkbox"/> ja	
HIV <input type="checkbox"/> ja	
Migräne/Kopfschmerzen: <input type="checkbox"/> ja	
Herz-Kreislaufferkrankungen: <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Erkrankungen: <input type="checkbox"/> ja	

**Seit wann sind Sie ein Paar?
Seit wann verhüten Sie nicht mehr?
Seit wann besteht „aktiv“ Kinderwunsch?**

Waren Sie bereits schwanger? nein ja

Jahr	Geburt/Kaiserschnitt	Fehlgeburt	Mit jetzigem Partner

Haben Sie früher verhütet?

- nein
 Antibaby-Pille von bis
 Spirale o.ä. von bis

Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung? nein ja

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Medikamente zur Stimulation	Schwangerschaft	
			ja	nein
Zykluskontrolle -ohne Medikamente				
-mit Medikamenten (z.B. Clomifen)				
Inseminationen mit Samen des Partners				
Spendersamen				
IVF				
ICSI				
Auftauzyklen (Kryotransfer)				
andere Behandlungen?				

Hatten Sie gynäkologische Operationen in der Vergangenheit (z.B. Bauchspiegelung)?

- nein
 ja, (welche?/wann?)

Wurden die Eileiter überprüft?

- nein
 ja, (wie, z.B. Bauchspiegelung, Echovist?)

Eileiter links durchgängig verschlossen
Eileiter rechts durchgängig verschlossen

Wann war Ihre erste Menstruationsblutung als Mädchen?
Lebensjahr

Wie lange ist der Abstand zwischen dem 1. Tag der Regelblutung bis zum 1. Tag der darauffolgenden Regelblutung (=Zykluslänge)?
Tage

Wie lange dauert Ihre Regelblutung?
Tage

Wann war der 1. Tag der letzten Regelblutung?

Haben Sie häufiger Zwischenblutungen?

- nein
 ja, (wann?)

Haben Sie Schmerzen vor, während oder nach der Regelblutung und wie stark?

- nein
 ja, (wann?)

leicht mittel stark

Wie häufig haben sie Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner (durchschnittlich im letzten halben Jahr)?

- >2x/Woche
 1x/Woche
 1-2x/Monat
 seltener

Bitte den Bogen hier noch unterschreiben:

Datum, Unterschrift