



## Anamnesefragebogen Angaben der Frau ♀

Datum Erstgespräch: \_\_\_\_\_

Arzt: \_\_\_\_\_

Überweiser: \_\_\_\_\_

**Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an. Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.**

Name:	_____
Geb.-Name:	_____
Geb.-Ort:	_____
Vorname:	_____
Adresse:	_____
_____	_____
☎ privat:	_____
☎ mobil:	_____
Beruf:	_____

**1 Geburtsdatum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_

**2 Sind Sie miteinander verheiratet?** ja:  nein:

**Standesamtliches Heiratsdatum:** \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**3 Seit wann haben sie einen Kinderwunsch?**

\_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

**4 Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?**

ca. \_\_\_\_ Mal pro Woche ca. \_\_\_\_ Mal pro Monat

**5 Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?**

Gewicht (Kilo): \_\_\_\_ Größe (cm): \_\_\_\_

**6 Rauchen Sie?**  ja  nein

O ja, täglich (Anzahl) \_\_\_\_ Zigaretten

**7 Trinken Sie Alkohol?**  ja  nein

O ja wie oft? \_\_\_\_\_

**8 Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)**

**Aufputsch- oder Dopingmittel?**  ja  nein

O ja welche? \_\_\_\_\_

wie oft? - \_\_\_\_\_

**9 Haben Sie Allergien?**  ja  nein

O ja welche? \_\_\_\_\_

**Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?**

ja  nein

**10 Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden?**  ja  nein

	seit Jahr:	Medikament:
Diabetes (Zuckerkrankheit)		
insulinpflichtig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Epilepsie		
Asthma/ chron. Bronchitis		
Magen-/ Darmerkrankung		
Nierenerkrankungen		
Lebererkrankungen		
Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßerkrankung (z.B. Bluthochdruck, Thrombosen)		
Krebs/ andere Tumore		
Migräne		
Andere nicht oben aufgeführte Erkrankungen?		

**Aktuelle Medikation:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Präparate ein, die Biotin enthalten?**

ja  nein

**Nehmen Sie Folsäure ein?**

ja  nein

**11 Sind Sie bereits gegen Röteln geimpft?**

ja  nein

Anamnesebogen ♀

Name:	
Vorname:	

**12 Wurde eine Eileiterdurchgängigkeitsprüfung**

durchgeführt?  ja  nein

ja (wann?) \_\_\_\_\_

Ergebnis:

rechts: \_\_\_\_\_

links: \_\_\_\_\_

**13 Waren Sie wegen Kinderwunsch bereits in**

ärztlicher Behandlung?  ja  nein

ja, seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

falls ja, wie viele Ärzte haben Sie bereits aufgesucht? \_\_\_\_\_ Ärzte

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft	
		Ja	Nein
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung			
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung			
Insemination -mit Sperma des Partners			
Insemination -mit Spendersperma			
Künstliche Befruchtung (IVF)			
Künstliche Befruchtung (ICSI)			
Auftauzyklus (Kryotransfer)			
GIFT			
andere			

**Gab es bei IVF-/ ICSI-Therapien Komplikationen?**

- nein  Überstimulierungssyndrom  
 Blutung  sonstige (welche?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14 Waren Sie bereits schwanger?**  nein

ja Dauer bis zur Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Jahr	Geburt? Fehlgeburt? Abbruch?			Mit jetzigem Partner?		Nach Kinderwunschbehandlung?	
	G	F	A	Ja	Nein	Ja	Nein
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15 In welchem Alter hatten Sie Ihre erste**

Monatsblutung? Mit \_\_\_\_\_ Jahren

**16 Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der**

Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Regelblutung (Zyklusdauer)

regelmäßig  unregelmäßig

zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen

Zurzeit keine Regelblutung

seit \_\_\_\_\_  Tagen  Wochen  Monaten

**17 Wie lange dauert die Regelblutung im**

Durchschnitt?

zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tage

**18 Wie ist die Blutungsstärke in der Regel?**

leicht  mittel  stark

**19 Gibt es Besonderheiten bei der Blutung?**  nein

sehr lang  sehr stark  sehr schmerzhaft

**20 Wurden schon Operationen im Bauchraum oder**

Unterleib durchgeführt?  nein

O ja (welche?)	Jahr

**21 Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?**

\_\_\_\_\_ (Jahr)

**22 Wurden außer im Bauchraum oder Unterleib bereits**

andere Operationen durchgeführt?  nein

O ja (welche?)	Jahr

Name:	
Vorname:	

**23 Haben sie einen Empfängnischutz betrieben?**

**Pille:**  nein  ja: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Jahr

**Spirale:**  nein  ja: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Jahr

**Haben Sie sich sterilisieren lassen?**  nein

ja (wann?) \_\_\_\_\_

**Gab es Komplikationen?**  nein

ja (wann?) \_\_\_\_\_

**24 Leiden Sie unter folgenden Symptomen?**

**Akne:**  nein

ja seit wann? \_\_\_\_\_

**verstärkter Haarausfall?**  nein

ja seit wann? \_\_\_\_\_

**Zunahme der Körperbehaarung?**  nein

ja seit wann? \_\_\_\_\_

**25 Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?**

nein

ja (wann?) \_\_\_\_\_

**Ergebnis:** \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?**

nein

ja (welche?) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**26 Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft oder**

**Stillzeit, einmal den Austritt von Sekret aus Ihrer**

**Brust bemerkt?**  nein

ja  ja, jedoch nur nach Provokation

**seit wann?** \_\_\_\_\_

**auf welcher Seite?**  einseitig  beidseitig

**von welcher Farbe?** \_\_\_\_\_

**27 Gab es im Vorfeld Brusterkrankungen?**

nein  ja

**Operationen der Brust?**  nein

ja Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**28 Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?**  nein

ja, mütterlicherseits (welche?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ja, väterlicherseits (welche?)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**29 Waren Sie und Ihr Partner bereits vor Eheschließung miteinander verwandt?**

nein  ja

**30 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**31 Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Bemerkungen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_