

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	
Epilepsie		
Asthma/ chron. Bronchitis		
Magen-/ Darmerkrankung		
Nierenerkrankungen		
Lebererkrankungen		
Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßkrankung (z.B. Bluthochdruck, Thrombosen)		
Krebs/ andere Tumore		
Migräne		
Andere nicht oben aufgeführte Erkrankungen? z.B. chronische Infektionen z.B. Hepatitis, HIV		

Aktuelle Medikation:

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	G = Geburt? F = Fehlgeburt? A = Abbruch?			Mit jetzigem Partner?		Nach Kinderwunsch- behandlung?	
	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

<input type="checkbox"/> ja (welche?)	Jahr

21 Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?

_____ (Jahr)

22 Wurden außer im Bauchraum oder Unterleib bereits

andere Operationen durchgeführt? nein

<input type="checkbox"/> ja (welche?)	Jahr

Anamnesebogen ♀

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

Für Ärztin:

Thrombophilie:

Erberkrankungen:
