



**Anamnesefragebogen Patientin**

Liebe Patientin,  
 bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus  
 bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an.  
 Bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu  
 Ihrem Erstgesprächstermin mit.

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
Beruf:	

<sup>1</sup> **Geburtsdatum:** ..... **Alter:** .....

<sup>2</sup> **Sind Sie miteinander verheiratet?**  ja  nein

<sup>3</sup> **Seit wann haben Sie einen Kinderwunsch?**  
 ..... (Monat, Jahr)

<sup>4</sup> **Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?**

Gewicht  
 (Kilo): ..... Größe (cm): .....

**BMI:** .....

**Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?**  
 nein  ja, mit Zunahme  ja, mit  
 Abnahme

nein  ja, mit Zunahme  ja, mit  
 Abnahme

<sup>5</sup> **Haben sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?**  
 ja  nein

**Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits  
 in ärztlicher Behandlung?**

ja,  
 nein seit ..... (Jahr)

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Insemination - mit Sperma des Partners	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Insemination - mit Spendersperma	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung (IVF)	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein



7 **Waren Sie bereits schwanger?**

nein  ja

- falls ja, **Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft?**

..... Monate

Jahr	Geburt (G)? Fehlgeburt (F)? Abbruch (A)?	Mit jetzigem Partner?	Nach Kinderwunsch- behandlung?
.....	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
.....	<input type="radio"/> G <input type="radio"/> F <input type="radio"/> A	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Traten Komplikationen auf?**

nein  ja

8 **Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?**

**Pille:**  nein  ja: von ..... bis .....

**Spirale:**  nein  ja: von ..... bis .....

**Haben Sie sich sterilisieren lassen?**

nein  ja (wann?) .....

9 **Datum der letzten Regel?** .....

**Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?**

regelmäßig zwischen ..... und ..... Tagen

unregelmäßig zwischen ..... und ..... Tagen

zur Zeit keine Regelblutung

seit .....  Tagen  Wochen  Monaten

10 **Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt?**

- zwischen ..... und ..... Tagen

**Wie ist die Blutungsstärke der Regel?**

leicht  mittel  stark

**Haben Sie Zwischenblutungen?**  nein  ja

- oder Schmierblutungen  ja, vorher

vor bzw. nach der Regel?  nein  ja, nachher

11 **Haben Sie Schmerzen während der Periode?**

nein  leicht  mittel  stark

**Wie**

**häufig?**  selten  geleg.  immer

**Einnahme von**

**Schmerztabletten?**

nein  ja

12 **Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft?**

nein  ja (wann?) .....

- falls ja, mit welcher Methode?

Ultraschall  Röntgen  Bauchspiegelung

- mit welchem Ergebnis?

Eileiter links:  durchgängig  verschlossen

Eileiter rechts:   verschlossen

durchgängig

13 **Wurden schon Operationen im Bauchraum**

**oder**

**Unterleib durchgeführt?**

nein  ja (welche?)

**Jahr**

.....	
.....	
.....	
.....	



14 **Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden?**

nein

( seit ) Jahr

Diabetes (Zuckerkrankheit) .....

- insulinpflichtig?  ja  nein

Epilepsie .....

Unterleibsschmerzen .....

Asthma / chron. Bronchitis .....

Magen-/ Darmerkrankung .....

Nierenerkrankung .....

Nebennierenerkrankung .....

Lebererkrankung .....

Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßerkrankung .....

Krebs / andere Tumore .....

- welche? .....

Kopfschmerzen .....

Migräne .....

**Nehmen sie Medikamente ein?**

nein  ja (welche?) .....

15 **Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?**

nein  ja (wann?) .....

- mit welchem Ergebnis?

unbekannt  ohne Befund  auffällig

- falls auffällig, mit welchem Befund?

**Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?**

nein  ja (welche?) .....

16 **Haben Sie Allergien?**

nein  ja (welche?) .....

17 **Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?**

nein

Schichtarbeit

Lärm

fehlendes Tageslicht

Stäube

schwere körperliche

Belastung

Chemikalien

Gase/Aerosole

18 **Trinken Sie Alkohol?**

nie

selten

gelegentlich

regelmäßig

**Rauchen Sie?**

nein

1-5 Zig./Tag

6-10 Zig./Tag

11-15 Zig./Tag

16-20 Zig./Tag

mehr als 20 (Anzahl?) .....

19 **Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, gehäufte Fehlgeburten, Totgeburten, Thrombosen, Embolien, Diabetes oder ungewollte Kinderlosigkeit?**

nein

ja, (welche?) .....

20 **Welcher Tätigkeit gehen sie nach?**

21 **Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?**

(Name und Adresse)

**Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?**

(Name und Adresse)

22 **Von wem wurden wir empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch Ihren **Personalausweis** oder **Reisepass**, sowie Ihren **Impfpass** und einen **aktuellen Krebsvorsorge Abstrich** mit.  
Besten Dank



**Anamnesefragebogen Patient**

Lieber Patient,  
 bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw.  
 kreuzen Sie die zutreffenden Felder an. Bringen  
 Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrem  
 Erstgesprächstermin mit.

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
Beruf:	

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

**2 Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**3 Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?**  
 Gewicht (Kilo): \_\_\_\_\_  
**BMI:** \_\_\_\_\_

**4 Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?**  
 O ja, mit jetziger Partnerin **Wann?** \_\_\_\_\_  
 - nach Kinderwunschbehandlung? O nein O ja  
 O ja, mit anderer Partnerin **Wann?** \_\_\_\_\_  
 - nach Kinderwunschbehandlung? O nein O ja  
**Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?**  
 O nein O ja

**5 Wurden Sie bereits vom Urologen untersucht?**  
 O nein O ja (wann?) \_\_\_\_\_

**Wurden Ihnen vom Männerarzt bereits Medikamente verordnet?**  
 O nein O ja (welche?) \_\_\_\_\_

**6 Haben Sie sich sterilisieren lassen?**  
 O nein O ja (wann?) \_\_\_\_\_  
 - falls ja: Wurden Sie später wieder refertilisiert?  
 O nein O ja (wann?) \_\_\_\_\_

**7 Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?**  
 O nein O ja (wann zuletzt?) \_\_\_\_\_  
 - mit welchem Ergebnis? O normal O auffällig

**8 Haben Sie Erektionsstörungen?** O nein O ja  
**Haben Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen gelitten?**  
 O nein O ja  
 - falls ja, welche waren dies?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



9 **Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?**

nein  ja: links  ja: rechts

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

keine  Hormongaben  Operation

**Hatten Sie eine Entzündung der Hoden?**

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

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

**Hatten Sie eine Hodenverletzung?**

nein  ja

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

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

**Hatten Sie einen Hoden-Tumor?**

nein  ja: links  ja: rechts

- wann? links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_

- welche Therapie erfolgte?

10 **Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt worden?**

nein  ja, links  ja, rechts

11 **Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen oder Beschwerden?**

**O NEIN**

(SEIT) JAHR

Mumps \_\_\_\_\_

Diabetes (Zucker) \_\_\_\_\_

- insulinpflichtig?  ja  nein

Bluthochdruck \_\_\_\_\_

Epilepsie \_\_\_\_\_

Krebs / andere Tumore \_\_\_\_\_

- welche? \_\_\_\_\_

Schilddrüsenerkrankung \_\_\_\_\_

12 **Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?**

nein  ja (welche?)

13 **Haben Sie Allergien?**

nein  ja (welche?)

14 **Trinken Sie Alkohol?**

nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

**Rauchen Sie?**

nein  1-5 Zig./Tag

6-10 Zig./Tag  11-15 Zig./Tag

16-20 Zig./Tag  mehr als 20 (Anzahl?) \_\_\_\_\_

15 **Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Fehl- oder Todgeburten, oder ungewollte Kinderlosigkeit?**

nein

ja, (welche?)

16 **Welcher Tätigkeit gehen sie nach?**

17 **Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?**

(Name und Adresse)

**Wer ist Ihr behandelnder Urologe?**

(Name und Adresse)

18 **Von wem wurden wir empfohlen bzw. wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch auch Ihren **Personalausweis** oder **Reisepass** mit.  
Besten Dank.