

**Kinderwunschzentrum UniFee
 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**



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:	

¹ **Geburtsdatum:** **Alter:**

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

³ **Seit wann haben Sie einen Kinderwunsch?**
 (Monat, Jahr)

⁴ **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

⁵ **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: durchgängig verschlossen

13 **Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?**

nein ja (welche?)

Jahr

	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

**Kinderwunschzentrum UniFee
 Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe**



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:	

5 Wurden Sie bereits vom Urologen untersucht?

nein ja (wann?)

Wurden Ihnen vom Männerarzt bereits

Medikamente verordnet?

nein ja (welche?)

6 Haben Sie sich sterilisieren lassen?

nein ja (wann?)

- falls ja: Wurden Sie später wieder refertilisiert?

nein ja (wann?)

7 Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?

nein ja (wann zuletzt?)

- mit welchem Ergebnis? normal auffällig

8 Haben Sie Erektionsstörungen? nein ja

Haben Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen gelitten?

nein ja

- falls ja, welche waren dies?

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?

ja, mit jetziger Partnerin **Wann?**

- nach Kinderwunschbehandlung? nein ja

ja, mit anderer Partnerin **Wann?**

- nach Kinderwunschbehandlung? nein ja

Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?

nein ja



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.