

♀ Anamnesefragebogen Frau

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

Name:	
Geb.name:	
Vorname:	
Geb.datum:	
Geb.ort:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
Beruf:	
E-Mail	

Sind Sie miteinander verheiratet? Ja Nein

Seit wann besteht Ihre jetzige Lebenspartnerschaft?
_____ (Jahr)

Seit wann haben Sie einen Kinderwunsch?
_____ (Monat/Jahr)

Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?

- ca. _____ Mal pro Woche
- ca. _____ Mal pro Monat

Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja, seit _____ (Jahr)

Falls ja, wie viele Ärzte haben Sie bereits aufgesucht?
_____ Ärzte

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Insemination (mit Sperma des Partners)	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Insemination (mit Spendersperma)	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Künstliche Befruchtung (IVF)	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
GIFT	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
andere	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Falls Sie bereits vorausgegangene Stimulationen oder Inseminationen hatten, welche Medikamente haben Sie dafür erhalten?

Gab es dabei Komplikationen?

- Nein Überstimulationssyndrom
 Blutungen sonstige (welche?)

Vorausgegangene IVF oder ICSI Behandlungen*

*falls Sie bereits mehr als vier IVF- oder ICSI-Behandlungen hatten, bitte hier die letzten vier angeben

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

Gab es bei IVF-/ICSI-Therapien Komplikationen?

- Nein Überstimulationssyndrom
 Blutungen sonstige (welche?)

♀ Anamnesefragebogen Frau

Wurden 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

durchgängig

durchgängig

verschlossen

verschlossen

Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?

Nein Ja (welche?) _____ Jahr

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?

_____ (Jahr)

Wann war Ihre letzte Mammographie?

_____ (Jahr)

Waren Sie bereits schwanger?

Nein Ja

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

Traten Komplikationen auf? Nein Ja

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?: mit _____ Jahren

Wann begann Ihre

Brustentwicklung: mit _____ Jahren

Achsel- und Schambehaarung: mit _____ Jahren

Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?

Pille: Nein Ja von _____ bis _____

Spirale: Nein Ja von _____ bis _____

Haben Sie sich sterilisieren lassen?

Nein Ja (wann?) _____

Gab es Komplikationen?

Nein Ja (welche?) _____

Haben Sie bereits Ihre Basaltemperatur zur Bestimmung der fruchtbaren Tage gemessen?

Nein Ja

- mit welchem Ergebnis?

unauffällig auffällig

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

zurzeit keine Regelblutung

Seit _____ Tagen Wochen Monaten

Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt?

- zwischen _____ und _____ Tage

Wie lange ist die Blutungsstärke der Regel?

leicht mittel stark

Haben Sie Zwischenblutungen? Nein Ja

- oder haben Sie Schmierblutungen vor bzw. nach der Regel?

Nein Ja (vorher) Ja (nachher)

Haben Sie Schmerzen während der Periode?

Nein leicht mittel stark

Wie häufig? selten öfter immer

Einnahmen von Schmerztabletten? Nein Ja

Wann beginnen die Schmerzen?

vor... mit... dem Einsetzen der Blutung

Wann sind die Schmerzen am stärksten?

vor... mit... dem Einsetzen der Blutung

Haben Sie seit Ihrer ersten Monatsblutung Schmerzen?

Nein Ja

Haben Sie sonstige Unterleibschmerzen?

Nein selten öfter immer

Schmerzen beim Wasserlassen? Nein Ja

Schmerzen beim Stuhlgang? Nein Ja

Blutbeimengungen im Urin? Nein Ja

Blutbeimengungen im Stuhl? Nein Ja

Schmerzen beim Verkehr? Nein Ja

♀ Anamnesefragebogen Frau

Bemerken Sie in den Tagen vor Einsetzen der Monatsblutung folgende Symptome? Nein

Leicht mittel stark

Blähbauch/Völlegefühl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit/Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwellungen von Händen/Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustspannen/empfindl. Brustwarzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft oder Stillzeit, einmal den Austritt von Sekret aus Ihrer Brust bemerkt?

Nein Ja Ja, jedoch nur an Provokation

- **seit wann?** _____
- **auf welcher Seite?** einseitig beidseitig
- **von welcher Farbe?** _____

Leiden Sie unter folgenden Symptomen? Nein

Leicht mittel stark

Akne:

- **seit wann?** _____
- **wo?** Gesicht Rücken Brustkorb

Leicht mittel stark

Verstärkter Haarausfall:

- **seit wann?** _____

Leicht mittel stark

Zunahme der Körperbehaarung:

- **seit wann?** _____
- **wo?** Gesicht Rücken Brustkorb
 Beine Arme Bauch

Wie sind Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (Kilo): _____ Größe (cm): _____

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich?

1-2 3-4 mehr als 4

Wie ernähren Sie sich?

Mischkost vegetarisch eher einseitig

Treiben Sie Sport?

nie selten gelegentlich regelmäßig

- **falls ja, welche Sportarten?**

Trinken Sie Alkohol?

nie selten gelegentlich regelmäßig

Rauchen Sie?

Nein 1-5 Zigaretten/Tag
 6-10 Zigaretten/Tag 11-15 Zigaretten/Tag
 16-0 Zigaretten/Tag mehr als 20 Zigaretten/Tag
Anzahl: _____

Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)?

Nein Ja

- **welche?** _____
- **Wie oft?** _____

Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?

Nein Ja

Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?

Nein Schichtarbeit
 Lärm fehlendes Tageslicht
 Stäube schwere körperliche Belastung
 Chemikalien Gase/Aerosole

Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?

Haben Sie eine Allergie gegen Penicillin?

Nein Ja

Haben Sie andere Allergien? Nein Ja (welche?)

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. dagegen?

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden? Nein

seit (Jahr)

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	_____
• insulinpflichtig?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
Epilepsie	_____
Unterleibsschmerzen	_____
Asthma/chron. Bronchitis	_____
Magen-/Darmerkrankung	_____
Nierenerkrankung	_____
Nebennierenerkrankung	_____
Lebererkrankung	_____
Herz-/Kreislauf-/Gefäßerkrankung	_____
Thrombosen	_____
Krebs/andere Tumore	_____
• Welche?	_____
Kopfschmerzen/Migräne	_____

♀ **Anamnesefragebogen Frau**

Leiden Sie insbesondere an folgenden Beschwerden?

Nein

Leicht mittel stark

- Schlaflosigkeit/nächtliche Unruhe
- Allg. Müdigkeit/Leistungsabfall
- Reizbarkeit/Nervosität
- Stress (allgemein)
- Stress (am Arbeitsplatz)
- Partnerschaftskonflikte
- Ängstlichkeit/Depressionen
- Seelische Erkrankung
- Hitzewallungen/Schweißausbrüche
- fleckige Hautrötungen
- trockene Scheide

Leicht mittel stark

- Herzklopfen
- Bluthochdruck
- Krampfadern
- Eierstockzysten

Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?

Nein Ja (wann?) _____

- **falls ja, mit welcher Methode?**
 - Ultraschall radiologisch Bluttest
- **mit welchem Ergebnis?**
 - unbekannt ohne Befund auffällig
- **falls auffällig, mit welchem Befund?**

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

Nein Ja (welche?) _____

Wurden, außer im Bauchraum oder Unterleib, bereits andere Operationen durchgeführt?

Nein Ja (welche?) **Jahr**

	Jahr
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Leiden Sie an weiteren Begleiterkrankungen und welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein?

Nein Ja (welche?)

Begleiterkrankung	Medikamente
_____	_____
_____	_____
_____	_____

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

Nein Ja, mütterlicherseits (welche?)

Ja, väterlicherseits (welche?)

Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt?

Nein Ja

• **mit welchem Ergebnis?**

unauffällig auffällig

Wurde ein genetischer Test auf cystische Fibrose (CFTR) durchgeführt?

Nein Ja

• **mit welchem Ergebnis?**

unauffällig auffällig

Sind Sie bereits gegen Röteln geimpft?

Nein Ja

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Bemerkungen

Datum/Unterschrift Patientin