

## Anamnesebogen Frau ♀

Bitte füllen Sie die Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an. Unklare Fragen markieren Sie bitte mit einem Fragezeichen. Bitte bringen Sie den Bogen zum ersten Beratungsgespräch mit.

Name: _____	Patienten.-ID: _____
Vorname: _____	
Geb.-Datum: _____	Beruf: _____
Größe: _____ cm    Gewicht: _____ kg	<b>Wurde Ihre Schilddrüse bereits untersucht?</b>
<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ Zig./Tag	<input type="checkbox"/> ja, (mit welchem Ergebnis?)
<b>Trinken Sie Alkohol?</b>	<b>Hatten Sie nicht-gynäkologische Operationen in der Vergangenheit?</b>
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig	<input type="checkbox"/> nein
<b>Haben Sie eine Allergie gegen Medikamente/Antibiotika (Penicillin)?</b>	<input type="checkbox"/> ja, (welche?/wann?)
<input type="checkbox"/> nein	<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b>
<input type="checkbox"/> ja, (welche?)	<input type="checkbox"/> nein
<b>Haben Sie sonstige andere Allergien?</b>	<input type="checkbox"/> ja, (welche?)
<input type="checkbox"/> nein	<b>Gibt es in Ihrer Familie besondere Erkrankungen, z. B. Krebserkrankungen bei jüngeren Familienmitgliedern, geistig oder körperlich behinderte Kinder, Bluthochdruck, Thrombosen, Zucker, genetische Erkrankungen?</b>
<input type="checkbox"/> ja, (welche?)	<input type="checkbox"/> nein
<b>Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen?</b>	<input type="checkbox"/> ja, mütterlicherseits (welche?)
<input type="checkbox"/> nein, keine dieser Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja, väterlicherseits (welche?)
Diabetes (Zuckerkrankheit): <input type="checkbox"/> ja    Welche? Seit wann?	<b>Wurde bei Ihnen schon einmal eine genetische Blutuntersuchung durchgeführt?</b>
Bluthochdruck: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Thrombosen/Embolien: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, (welche?)
Lungenerkrankung: <input type="checkbox"/> ja	<b>Traten schon einmal Probleme bei einer Narkose auf?</b>
Epilepsie: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Magen-Darmerkrankung: <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> ja, (welche Probleme?)
Nierenerkrankungen: <input type="checkbox"/> ja	<b>Wann war die letzte Vorsorgeuntersuchung beim Frauenarzt?</b>
Lebererkrankung (Hepatitis): <input type="checkbox"/> ja	
HIV: <input type="checkbox"/> ja	
Migräne/Kopfschmerzen: <input type="checkbox"/> ja	
Herz-Kreislaufferkrankungen: <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Erkrankungen: <input type="checkbox"/> ja	

**Seit wann sind Sie ein Paar?  
Seit wann verhüten Sie nicht mehr?  
Seit wann besteht „aktiv“ Kinderwunsch?**

**Waren Sie bereits schwanger?**  nein  ja

Jahr	Geburt/Kaiserschnitt	Fehlgeburt	Mit jetzigem Partner

**Haben Sie früher verhütet?**

- nein  
 Antibaby-Pille von            bis  
 Spirale o.ä. von            bis

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

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Medikamente zur Stimulation	Schwangerschaft	
			ja	nein
Zykluskontrolle -ohne Medikamente				
-mit Medikamenten (z.B. Clomifen)				
Inseminationen mit Samen des Partners				
Spendersamen				
IVF				
ICSI				
Auftauzyklen (Kryotransfer)				
andere Behandlungen?				

**Hatten Sie gynäkologische Operationen in der Vergangenheit (z.B. Bauchspiegelung)?**

- nein  
 ja, (welche?/wann?)

**Wurden die Eileiter überprüft?**

- nein  
 ja, (wie, z.B. Bauchspiegelung, Echovist?)

Eileiter links  durchgängig  verschlossen  
Eileiter rechts  durchgängig  verschlossen

**Wann war Ihre erste Menstruationsblutung als Mädchen?**  
Lebensjahr

**Wie lange ist der Abstand zwischen dem 1. Tag der Regelblutung bis zum 1. Tag der darauffolgenden Regelblutung (=Zykluslänge)?**  
Tage

**Wie lange dauert Ihre Regelblutung?**  
Tage

**Wann war der 1. Tag der letzten Regelblutung?**

**Haben Sie häufiger Zwischenblutungen?**

- nein  
 ja, (wann?)

**Haben Sie Schmerzen vor, während oder nach der Regelblutung und wie stark?**

- nein  
 ja, (wann?)

leicht  mittel  stark

**Wie häufig haben sie Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner (durchschnittlich im letzten halben Jahr)?**

- >2x/Woche  
 1x/Woche  
 1-2x/Monat  
 seltener

**Bitte den Bogen hier noch unterschreiben:**

Datum, Unterschrift