

Anamnesefragebogen Patientin (FB)

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:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
Beruf:	

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
andere		O ja O nein

Geburtsdatum: Alter:

Sind Sie miteinander verheiratet? O ja O nein

Seit wann besteht Ihre jetzige
Ehe (Lebenspartnerschaft)? (Datum)

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?**

O nein O ja, seit (Jahr)

**falls ja, wie viele Ärzte
haben Sie bereits aufgesucht?** Ärzte

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung		O ja O nein
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung		O ja O nein
Insemination - mit Sperma des Partners		O ja O nein
Insemination - mit Spendersperma		O ja O nein
Künstliche Befruchtung (IVF)		O ja O nein
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)		O ja O nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)		O ja O nein
GIFT		O ja O nein

**Bei vorausgegangenen Stimulationen der
Eierstöcke oder Inseminationen:**

Welche Medikamente haben Sie dafür erhalten?

Gab es dabei Komplikationen?

O nein O Überstimulationssyndrom

O Blutungen O sonstige (welche?)

Vorausgegangene IVF- oder ICSI-Behandlungen*:

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

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl ein- gefroren	Schwanger- schaft
1		O	O				O ja O nein
Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?							
.....							
2		O	O				O ja O nein
Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?							
.....							
3		O	O				O ja O nein
Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?							
.....							
4		O	O				O ja O nein
Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?							
.....							

Anamnesefragebogen Patientin (FB)

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Gab es bei IVF- / ICSI-Therapien Komplikationen?

- ☐ nein ☐ Überstimulationssyndrom
☐ Blutungen ☐ sonstige (welche?)

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

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

- ☐ nein ☐ ja (welche?)

	Jahr
.....	
.....	
.....	

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?

..... (Jahr)

Wann war Ihre letzte Mammographie?

..... (Jahr)

Waren Sie bereits schwanger?

- ☐ nein ☐ ja

- falls ja, Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft?

..... Monate

Jahr	Geburt (G)? Fehlgeburt (F)? Abbruch (A)?	Mitzeitigem Partner?	Nach Kinderwunsch- behandlung?
	☐ G ☐ O ☐ F ☐ O ☐ A	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
	☐ G ☐ O ☐ F ☐ O ☐ A	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
	☐ G ☐ O ☐ F ☐ O ☐ A	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
	☐ G ☐ O ☐ F ☐ O ☐ A	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein

Traten Komplikationen auf ? ☐ nein ☐ ja

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?

- mit Jahren

Beginn der Brustentwicklung mit Jahren

Beginn der

Achsel- und Schambehaarung mit Jahren

Wie regelmäßig waren Ihre Monatszyklen in den ersten Jahren der Pubertät?

- durchschnittlich alle bis Tage

☐ noch nie eine spontane Blutung gehabt

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 Ihrer 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

☐ zur Zeit keine Regelblutung

Seit ☐ Tagen ☐ Wochen ☐ Monaten

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

Datum der letzten Regel?

Anamnesefragebogen Patientin (FB)

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Haben Sie Schmerzen während der Periode?

☐ nein ☐ leicht ☐ mittel ☐ stark

Wie häufig? ☐ selten ☐ geleg. ☐ immer

Einnahme 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 Unterleibsschmerzen?

☐ nein ☐ selten ☐ öfters ☐ 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

Bemerken Sie in den Tagen vor Einsetzen der

Monatsblutung folgende Symptome? ☐ nein

	leicht	mittel	stark
Blähbauch / Völlegefühl	☐	☐	☐
Niedergeschlagenheit / Depressionen	☐	☐	☐
Migräne	☐	☐	☐
Gewichtszunahme	☐	☐	☐
Schwellungen von Händen / Füßen	☐	☐	☐
Brustspannen/empfindl. Brustwarzen	☐	☐	☐

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?

Leiden Sie unter folgenden Symptomen? ☐ nein

Akne: ☐ leicht ☐ mittel ☐ stark

- seit wann?

- wo? ☐ Gesicht ☐ Rücken ☐ Brustkorb

verstärkter Haarausfall:

leicht mittel stark

☐ ☐ ☐

- seit wann?

Zunahme der Körperbehaarung:

leicht mittel stark

☐ ☐ ☐

- seit wann?

- wo? ☐ Gesicht ☐ Rücken ☐ Brustkorb
☐ Beine ☐ Arme ☐ Bauch

Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (Kilo): Größe (cm):

Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?

☐ nein ☐ ja, mit Zunahme ☐ ja, mit Abnahme

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 Zig./Tag

☐ 6-10 Zig./Tag ☐ 11-15 Zig./Tag

☐ 16-20 Zig./Tag ☐ mehr als 20 (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.?

.....

Anamnesefragebogen Patientin (FB)

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Haben Sie Allergien?

☐ nein ☐ ja (welche?)

Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?

☐ nein ☐ ja

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?**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

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

Herzklopfen

Leicht mittel stark

Krampfadern

☐ ☐ ☐

Eierstockzysten

☐ ☐ ☐

30 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?)

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

☐ nein ☐ ja (welche?)

Jahr

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

☐ nein ☐ ja (welche?)

Medikamente

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

☐ nein

☐ ja, mütterlicherseits (welche?)

☐ ja, väterlicherseits (welche?)

Anamnesefragebogen Patientin (FB)

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

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?

.....

Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?

.....

Bemerkungen

**Wird vom Arzt im
Kinderwunschzentrum
ausgefüllt**

Sterilisation ☐ ja ☐ nein

Indikationen	+ Relevanz -		
keine bekannt	☐	☐	☐
tubar	☐	☐	☐
Endometriose	☐	☐	☐
path. Tubenfaktor	☐	☐	☐

Dysmukorrhoe	☐	☐	☐
Spermienantikörper (F)	☐	☐	☐
path. Zyklus	☐	☐	☐
Amenorrhoe	☐	☐	☐
Oligomenorrhoe	☐	☐	☐
Anovulation	☐	☐	☐
Lutealphasendefekt	☐	☐	☐
PCO	☐	☐	☐
Hyperandrogenämie	☐	☐	☐
Hyperprolaktinämie	☐	☐	☐
unbekannt	☐	☐	☐
sonstiges	☐	☐	☐

ART Hauptindikation ☐ weiblich ☐ männlich
☐ beide ☐ idiopathisch

Geplante Behandlung

☐ Monitoring mit VZO ☐ OS mit VZO
☐ IUI ☐ AID
☐ IVF ☐ ICSI
☐ IVF + ICSI ☐ Kryotransfer
☐ GIFT ☐

Spermien

☐ Ejakulat ☐ epidydimal ☐ testikulär
☐ einzeitige OP ☐ zweizeitige OP
☐ Auftau ☐ Kryokonservierung
☐ Spermogrammtermin vereinbaren

Embryonen für ET ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3

Kryo VKs erwünscht?

☐ nein ☐ ja, ab VKs

Infektionsserologie

☐ HIV ☐ HBV ☐ HCV ☐ TP ☐ Chlam.
☐ Röteln

Basishormone

☐ FSH ☐ LH ☐ TSH ☐ TESTO ☐ DHEAS
☐ E2 ☐ HCG ☐ PRG ☐ 17-OH-P
☐ Androstendion ☐ PRL

Abstrich

☐ Pilze ☐ Bakt. ☐ Chlam. ☐ Mykopl.

Genetik

☐ Zytogramm ☐ CFTR ☐ AZF

☐ Überweisung Anästhesie