

# Patientenanamnese

Sehr geehrtes Kinderwunschpaar, bitte füllen Sie den Fragebogen soweit wie möglich selbst aus und lassen ihn uns zusammen mit allen verfügbaren Unterlagen vor unserem Beratungsgespräch zukommen.



Unser Termin im Kinderwunschzentrum ist am:

Angaben zur Person	Frau	Mann
Vorname		
Name		
Geburtsname		
Familienstand		
Geburtsdatum		
Nationalität		
Muttersprache		
Personalausweisnummer		
<b>Kontaktdetails</b>		
Telefon privat		
Mobilfunknummer		
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl und Ort		
Land		
<b>Berufliche Angaben</b>		
Beruf		
ggf. Telefon beruflich		
<b>Krankenversicherung</b>		
Versicherung		
Beihilfestelle		
<b>Zuweisender</b>		
Frauenarzt/-ärztin		
Urologe/Urologin		
Sonstiger Arzt/Ärztin		
<b>Paaranamnese</b>		
Gemeinsame Kinder		
Allergien		
Bekannte Gelbsucht		
Krebsbehandlung		
Psychologische oder Psychiatrische Behandlung		
<b>Periodenblutung</b>		
Letzte Periode		
Erste Blutung mit:		
Zyklus regelmäßig		
Blutungsdauer		
Zyklusdauer (1. Tag Blutung bis Tag vor der nächsten Blutung)		
Schmerzmittel		
Schmier- oder Zwischenblutung		

Hoden	Frau	Mann
OP oder Leistenbruch-OP		
Mumps als Kind		
Varikozele/Krampfader		
<b>Anamnese</b>		
Größe		
Gewicht		
Intern. Vorerkrankungen		
Chromosomenanalyse		
CFTR-Trägerstatus		
Operative Vorbehandlungen bei Kinderwunsch		
Anzahl reprodizinischer Behandlungen		
Ungeschützter Verkehr seit:		
Schwangerschaft mit anderen Partnern erzielt / Kinder aus anderer Beziehung		
Sonstige Vorerkrankungen		
Durchgängigkeit Eileiter rechts/links, OP-Jahr		
Anzahl ovarielle Stimulationen/Inseminationen		
Schwangerschaften		
Geburten		
Fehlgeburten		
Eileiterschwangerschaft		
Vorspermiogramm, Datum, Befund		
<b>Genetische Erkrankungen</b>		
Sind in Ihrer Familie oder bei Ihnen selbst solche bekannt?		
<b>Rauchen/Alkohol/Drogen</b>		
Rauchen		
Wein und Bier		
Drogen/Anabolika		
<b>Gyn. Vorerkrankungen</b>		
Jahr/Diagnose/Behandlung		
Dauer der Unfruchtbarkeit		
<b>Verhütung</b>		
Von, bis, mit was?		
<b>Fruchtbarkeitstherapie</b>		
Hydropertubation/Jahr		
Hormonelle Stimulation/Jahr		
Tubenplastik/Jahr		
Adhäsionstherapie/Jahr		
ART Behandlung (IVF oder ICSI) Datum, Zentrum, Ausgang, ggf. Protokolle		
<b>Medikamenteneinnahme</b>		
Schilddrüse/Sonstiges		