



# Patientenanamnese

Sehr geehrtes Kinderwunschpaar, bitte füllen Sie den Fragebogen soweit wie möglich aus.



Unser Termin ist am:

Angaben zur Person	Frau	Mann
Vorname		
Name		
Geburtsname		
Familienstand		
Geburtsdatum		
Nationalität		
Muttersprache		
Personalausweisnummer		
<b>Kontaktdetails</b>		
Telefon privat		
Mobilfunknummer		
E-Mail-Adresse		
Straße und Hausnummer		
Postleitzahl und Ort		
<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		
Größenanomalie		
Mumps als Kind		
Varikozele/Krampfader		
<b>Anamnese</b>		
Größe		
Gewicht		
Intern. Vorerkrankungen		
Chromosomenanalyse		
CFTR-Trägerstatus		
Operative Vorbehandlungen bei Kinderwunsch		
Anzahl repromedizinischer 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		
Abtreibungen		
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		
Sexuelle Aktivität im Monat		
<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		