

Anamnesebogen für die Frau

(gesundheitliche Vorgeschichte)

Wir freuen uns, dass Sie einen Termin zum Erstgespräch in unserer Praxis vereinbart haben. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Wichtig!!

Bitte Personalausweis, Impfausweis und falls vorhanden, Vorfunde sowie Ihren Blutgruppen-Nachweis mitbringen.

Name: _____ Pat.ID _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Geburtsort: _____

Telefonnummer: _____

e-Mail: _____

Familienstand: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____

Versicherungsstatus: gesetzlich privat Beihilfe

Rauchen Sie: Nein Ja Wie viele: _____

Trinken Sie Alkohol: Nein Ja

Nehmen Sie Drogen: Nein Ja

Beruf: _____

Behandelnder Gynäkologe: _____

Wir erstellen Befundberichte um Ihren Gynäkologen über alle Therapien und Befunde zu informieren.

Einwilligungserklärung zu Erhebung /Übermittlung von Patientendaten

- Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Kinderwunsch Kö meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden dürfen.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden dürfen.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich und behandelnde Ärzte übermittelt werden dürfen. Darunter fallen bspw. auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich ist.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mir Informationen, Befunde und Berichte ggf. auch per E-Mail zugesickt werden dürfen. Die potentiellen Unsicherheiten einer unverschlüsselten Datenübermittlung per E-Mail sind mir bekannt.

Datum

Unterschrift Patientin

Bitte geben Sie uns einen kurzen Überblick über Ihre gynäkologische Vorgeschichte:	
Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung?	
Ist Ihr Zyklus regelmäßig? (alle 26-30 Tage?)	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> _____ Tage
Wie viele Tage dauert die Regelblutung durchschnittlich?	Tage
Wann war der erste Tag der letzten Regelblutung?	Datum:
Ist bekannt ob ein Eisprung stattfindet?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Habe sie bereits Urintests durchgeführt	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?	Datum:
Liegt ein Röteln-Befund vor?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Titer:
Haben Sie verhütet	Mit Pille? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Mit Spirale? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Von _____ bis _____
Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Mit welcher Methode:	HSK <input type="checkbox"/> LSK <input type="checkbox"/> andere: _____
Ergebnis:	li. Eileiter: durchgängig <input type="checkbox"/> verschlossen <input type="checkbox"/> re. Eileiter: durchgängig <input type="checkbox"/> verschlossen <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Folsäure ein?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Wurden bei Ihnen gynäkologische Operationen durchgeführt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Wann: _____
Ergebnis:	Endometriose: <input type="checkbox"/> Grad: _____ Myom: <input type="checkbox"/> Verwachsungen: <input type="checkbox"/> Andere: _____
Haben Sie bereits vorab eine hormonelle Behandlung durchgeführt:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Medikation: _____
Wurde Ihr Zyklus bereits bei Ihrem Gynäkologen überwacht ?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Seit wann besteht Ihr Kinderwunsch? _____

Bestanden bereits Schwangerschaften?							
Jahr	Geburt	Abort	Interruptio	Tubengrav.	KW-Behandl.	Med /Therapie	Aktueller Partner

Bisher durchgeführte Kinderwunsch-Behandlungen:				
Bitte tragen Sie folgende Therapieform ein (IUI = Insemination, IVF, ICSI, Kryo-Zyklus)				
Monat/Jahr	Therapieform	Medikation	Bei IVF/ICSI Anzahl Eizellen; Befruchtung; Transfer	Schwangerschaft?

Sind bei Ihnen folgende Vorerkrankungen bekannt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hyperthyreose | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Hypothyreose | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Thromboserisiko | <input type="checkbox"/> Krebs / andere Tumore |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | |
| <input type="checkbox"/> Allergien: _____ | |

Nehmen Sie Medikamente ein:

-
- Nein
-
- Ja, welche: _____

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Ausland?

-
- Nein
-
- Ja, wo genau: _____

Familienanamnese / genetisches Risiko:

Sind nachstehende Erkrankungen in der Familie (Vater, Mutter, Großeltern) bekannt?

-
- Thrombose / Embolie
-
-
- Schilddrüsenerkrankungen
-
-
- Diabetes mellitus
-
-
- Chromosomenstörung
-
-
- Ungewollte Kinderlosigkeit
-
-
- Erbkrankheiten / Fehlbildungen: _____

Haben Sie Geschwister und liegen hier Erkrankungen vor ?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

-
- Gynäkologen
-
-
- Freunde
-
-
- Internet
-
-
- Instagram

Vielen Dank für Ihr Vertrauen in unsere Praxis

Ihr Kinderwunsch-Kö Team

Anamnesebogen für den Mann

(gesundheitliche Vorgeschichte)

Wir freuen uns, dass Sie einen Termin zum Erstgespräch in unserer Praxis vereinbart haben. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Wichtig!!

Bitte Personalausweis, Impfausweis und falls vorhanden, Vorfunde sowie Ihren Blutgruppen-Nachweis mitbringen.

Name: _____ Pat.ID _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Geburtsort: _____

Telefonnummer: _____

e-Mail: _____

Familienstand: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____

Versicherungsstatus: gesetzlich privat Beihilfe

Rauchen Sie: Nein Ja Wie viele: _____

Trinken Sie Alkohol: Nein Ja

Nehmen Sie Drogen: Nein Ja

Beruf: _____

Behandelnder Urologe: _____

Einwilligungserklärung zu Erhebung /Übermittlung von Patientendaten

- Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Kinderwunsch Kö meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden dürfen.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden dürfen.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich und behandelnde Ärzte übermittelt werden dürfen, Darunter fallen bspw. auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich ist.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mir Informationen, Befunde und Berichte ggf. auch per E-Mail zugesickt werden dürfen. Die potentiellen Unsicherheiten einer unverschlüsselten Datenübermittlung per E-Mail sind mir bekannt.

Datum

Unterschrift Patientin

Bitte geben Sie uns einen kurzen Überblick über Ihre urologische Vorgeschichte:	
Wurden Sie bereits vom Urologen untersucht?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , wann: _____
Bestand oder besteht ein Hodenhochstand?	Rechter Hoden <input type="checkbox"/> Linker Hoden <input type="checkbox"/>
OP oder medizinische Behandlung notwendig?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen eine Krampfader am Hoden festgestellt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Rechter Hoden <input type="checkbox"/> Linker Hoden <input type="checkbox"/>
Haben Sie Erektionsstörungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Wurden bei Ihnen Spermogrammuntersuchungen durchgeführt?			
Datum	Anzahl Spermien	Motilität der Spermien	Morphologie

Sind bei Ihnen folgende Vorerkrankungen bekannt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hyperthyreose | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Hypothyreose | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Thromboserisiko | <input type="checkbox"/> Krebs / andere Tumore |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | |
| <input type="checkbox"/> Allergien: _____ | |

Nehmen Sie Medikamente ein:

-
- Nein
-
- Ja, welche: _____

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Ausland?

-
- Nein
-
- Ja, wo genau: _____

Haben Sie Kinder aus einer anderen Beziehung:

-
- Nein
-
-
- Ja, alter: _____

Familienanamnese / genetisches Risiko:

Sind nachstehende Erkrankungen in der Familie (Vater, Mutter, Großeltern) bekannt?

Thrombose / Embolie

Schilddrüsenerkrankungen

Diabetes mellitus

Chromosomenstörung

Ungewollte Kinderlosigkeit

Erbkrankheiten / Fehlbildungen: _____

Haben Sie Geschwister und liegen hier Erkrankungen vor?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Gynäkologen

Freunde

Internet

Instagram

Vielen Dank für Ihr Vertrauen in unsere Praxis

Ihr Kinderwunsch-Kö Team