

Anamnesebogen für die Frau

Name: _____ **ID** _____

Wir freuen uns, dass Sie einen Termin zum Erstgespräch in unsere Praxis vereinbart haben.

Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Zur besseren Erreichbarkeit nennen Sie uns bitte Ihre Mail Adresse: _____

und geben Sie Ihre Telefon oder Handynummer _____ an, unter der wir Sie tagsüber erreichen können.

gesetzlich versichert

privatversichert

Beihilfe Zusatzversichert

Alter:

Familienstand:

Tätigkeit:

BMI:

Gewicht:

Größe:

Nikotin pro Tag

Drogen:

Alkohol:

Wünschen Sie einen Bericht für Ihren behandelnden Arzt?

Ja () Nein ()

Name und Adresse des behandelnden Gynäkologen/in:

Bitte geben Sie uns einen kurzen Überblick über Ihre gynäkologische Vorgeschichte:

1.) Kinderwunsch seit

2.) Kinderwunsch-Behandlung seit

3.) Menarche

4.) Zykluslänge

5.) Blutungsdauer

6.) Dysmenorrhö

7.) Ovulation

8.) Pille von bis

9.) Spirale von bis

Letzte Krebsvorsorge

Letzte Periode

Röteln-Befund liegt vor Ja () Titer _____

Nein ()

Bestanden bereits Schwangerschaften?

Jahr	Geburt	Abort	Interruptio	Tubengrav.	KW-Beh.	Med/Therapie	dieser Partner

ID _____

Wurden bereits Vorbehandlungen durchgeführt:

Ist bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt worden?
.....

Therapien:

	VZO	Ovar. Stimulation+GV	Homologe IUI	Heterologe IUI	
Medikamente					
Anzahl der Versuche					

IVF/ICSI-Therapie

Versuch/Therapie	1.	2.	2.	4.
Medikation/Einheiten				
Downregulation				
Anzahl der punktierten Follikel				
Befruchtungsrate				
Transferierte Embryonen				
Kryokonservierung v				
Komplikationen				

Wurde bei Ihnen eine Eileiterüberprüfung durchgeführt?

Wenn ja, welche Methode:

Ultraschallkontrast (); Röntgenkontrast (); Hysteroskopie (); Laparoskopie (); TVHL ()

Befund/Bemerkung _____

Wurden bei Ihnen sonstige Operationen durchgeführt?

Wenn ja, welche und wann _____

Anamnesebogen für den Mann

Name: _____ **ID** _____

Zur besseren Erreichbarkeit nennen Sie uns bitte Ihre Mail Adresse: _____

und geben Sie Ihre Telefon oder Handynummer _____ an, unter der wir Sie tagsüber erreichen können.

gesetzlich versichert privatversichert Beihilfe Zusatzversichert

Geburtsdatum: Familienstand: Tätigkeit:

Größe: Gewicht: Nikotin pro Tag: Drogen: Alkohol:

Wurden bei Ihnen Spermiogrammuntersuchungen durchgeführt?

Datum				
Befund/Anzahl der Spermien				
Befund/Motilität der Spermien				
Morphologie				

Wurde bei Ihnen eine urologische Untersuchung durchgeführt?

.....

Sind urologische Erkrankungen bekannt?.....

Bestand oder besteht ein Hodenhochstand?

Rechter Hoden Linker Hoden OP oder med. Behandlung?.....

Wurde bei Ihnen eine Krampfader (Varikozele) am Hoden festgestellt?

Rechter Hoden Linker Hoden OP/Datum:.....

Wurden bei Ihnen sonstige Operationen durchgeführt?

Wenn ja, welche:

Eigenanamnese:

unauffällig Migräne Epilepsie Mumps Kinder aus anderer Beziehung

Hyper oder Hypothyreose Thromboserisiko Bluthochdruck Diabetes

Coronavirus SARS-CoV-2: geimpft genesen

Auslandsreisen in den letzten 12 Monaten:.....

ALLERGIEN:..... Medikation:.....

Familienanamnese/genetisches Risiko:

unauffällig Thrombose/Embolie Erbkrankheiten/Fehlbildungen

Chromosomenstörung;

Schilddrüsenerkrankungen andere schwere Leiden ungewollt Kinderlosigkeit

Datum: Unterschrift: _____