

Anamnesebogen Frau (gesundheitliche Vorgeschichte)

Seite 1

Name: _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

Beruf:

Nationalität:

Kinderwunsch seit: _____ **Monat/Jahr** ☐ verheiratet seit:
☐ ledig, zusammen seit:

Größe: _____ cm
Gewicht: _____ kg, ☐ Zunahme ☐ Abnahme im letzten Jahr

Datum der letzten Regel: _____

- ☐ regelmäßige Blutungen: alle _____ Tage
☐ unregelmäßige Blutungen
Blutungsdauer: _____ Tage; Blutungsstärke:
Zwischenblutungen/Schmierblutungen: ☐ nein ☐ ja, wann
Schmerzen bei der Blutung: ☐ nein ☐ ja, ☐ vor Beginn,
☐ mit Beginn

Alter bei der 1. Regelblutung: _____ Jahre; letzte Krebsvorsorge: wann _____

Bisherige Verhütung: ☐ Pille abgesetzt: _____ Monat/Jahr
☐ Spirale bis: _____ Monat/Jahr
☐ sonstige: _____

Alter der Mutter bei Eintritt in die Wechseljahre: _____

Röteln-Impfungen: ☐ nein ☐ ja, wann:

Masern-Impfungen: ☐ nein ☐ ja, wann:

Gynäkologische Erkrankungen: ☐ keine ☐ ja, welche:

Operationen im Bauchraum: ☐ keine ☐ ja, welche:

Sind Sie sterilisiert? ☐ nein ☐ ja, wann:

Ist bei Ihnen eine Chromosomenuntersuchung erfolgt: ☐ nein ☐ ja

Ist eine Prüfung der Eileiterdurchgängigkeit erfolgt: ☐ nein ☐ ja, wann:

wie?: _____

Ergebnis:

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen:

- | | |
|---|-------------------------------|
| ☐ Schilddrüsenerkrankung | ☐ nein |
| ☐ Thrombose/Lungenembolie | ☐ nein |
| ☐ Hepatitis B: _____ | ☐ nein |
| ☐ Hepatitis C: _____ | ☐ nein |
| ☐ HIV: _____ | ☐ nein |
| ☐ Bluthochdruck | ☐ nein |
| ☐ Diabetes | ☐ nein |
| ☐ Migräne | ☐ nein |
| ☐ Krampfleiden | ☐ nein |
| ☐ Zysten im Eierstock | ☐ nein |
| ☐ andere: _____ | |
| ☐ Unfruchtbarkeit bei Familienangehörigen: _____ | ☐ nein |
| ☐ bekannte Erbkrankheiten: _____ | ☐ nein |

Frühere Schwangerschaften:☐ nein☐ ja

Geburten:

Monat/Jahr	gleicher Partner	anderer Partner	vaginale Geburt	Kaiserschnitt	Kind gesund

Komplikationen:☐ nein☐ ja, welche:**Fehlgeburten, Eileiterschwangerschaften, Schwangerschaftsabbrüche:**

Monat/Jahr	Fehlgeburt	Eileiterschwangerschaft	Schwangerschaftsabbruch	gleicher Partner	anderer Partner

Bisherige Kinderwunschbehandlung:☐ nein☐ ja, wo:

	Anzahl	Jahr
Stimulation d. Eierstöcke		
Insemination		
IVF		
ICSI / TESE		

Name: _____ **Vorname:** _____ **geb.:** _____

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr: ☐

Kinderwunschmotivation:

Paarbeziehung:

☐ normal

☐ stark

☐ stabil

☐ problematisch

Geschlechtsverkehr: _____/Woche _____/Monat ☐ kein

Perspektive, falls Therapie erfolglos:

☐ kinderlos

☐ Adoption

☐ Pflegefamilie

☐ Eizellspende

☐ Samenspende

Nikotinkonsum:

☐ nein

☐ ja, ca.

Zigaretten/Tag;

Alkohol:

☐ nein

☐ gelegentlich

☐ regelmäßig

Sport:

☐ nein

☐ ja, regelmäßig

Drogen:

☐ nein

☐ ja, welche: _____

Einnahme von Medikamenten:

☐ nein

☐ ja, welche:

Allergien gegen Medikamente:

☐ nein

☐ ja, gegen:

Allergien:

☐ nein

☐ ja, welche:

Fragen/Anmerkung/Wünsche an uns:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?