

Anmeldebogen – Patientin

Anamnesebogen – Patientin (gesundheitliche Vorgeschichte)

ALLGEMEINE ANAMNESE:

Größe:	m	Gewicht:	kg
Rauchen Sie?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – Wie viel:	
Bekannte Erkrankungen?		<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit (Diabetes) <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Asthma, chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Erkrankung von Magen und Darm <input type="checkbox"/> Erkrankung der Nebenniere <input type="checkbox"/> Thromboseneigung <input type="checkbox"/> Blutungsneigung <input type="checkbox"/> Erkrankung der Leber <input type="checkbox"/> Erkrankung des Herz-/Kreislauf-/Gefäßsystems <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen <input type="checkbox"/> Migräne <input type="checkbox"/> sonstige:	
Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche:	
Hatten Sie eine Infektion durch Prionen? (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Bestand Kontakt mit HIV, Hepatitis, Ebola oder Zika-Virus?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Waren Sie innerhalb des letzten halben Jahres auf einer Fernreise?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – in:	
Bisherige Operationen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche:	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche:	
Haben Sie Allergien?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche:	
Haben Sie speziell eine Allergie gegen Antibiotika?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welches:	

FAMILIENANAMNESE:

Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt? Erbkrankheiten? (bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)	<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Fehlgeburten <input type="checkbox"/> Früh-/Totgeburten <input type="checkbox"/> Kinder früh verstorben <input type="checkbox"/> Körperliche und geistige Behinderungen <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose (Mukoviszidose) <input type="checkbox"/> sonstige Auffälligkeiten:
Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – bei wem und was:

GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE:

Seit wann besteht Kinderwunsch?			
Waren Sie schon einmal schwanger?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – wie oft:	
Wenn ja,	davon Geburten:		davon Fehlgeburten:
Schwangerschaft(en) aus gleicher Partnerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist Ihr Zyklus regelmäßig? (alle 26 – 35 Tage mit einer Blutung von 3 – 5 Tagen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
	Sondern: alle	Monate	
	<input type="checkbox"/> ohne Medikamente nie		
Besonderheiten zur Blutung:	<input type="checkbox"/> sehr lang	<input type="checkbox"/> sehr stark	<input type="checkbox"/> sehr schmerhaft
Letzte Periode war am?		Zykluslänge:	
Letzte Krebsvorsorge war am?			Tage
Haben Sie verhütet?	mit Pille:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	mit Spirale:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	von:		bis:
Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?	ca.	Mal/Woche	
	ca.	Mal/Monat	
Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – wann:	
Mit welcher Methode?	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Röntgenkontrastmittel	<input type="checkbox"/> Bauchspiegelung
Ergebnis?	rechter Eileiter:	<input type="checkbox"/> durchgängig	<input type="checkbox"/> verschlossen
	linker Eileiter:	<input type="checkbox"/> durchgängig	<input type="checkbox"/> verschlossen

EXTERNE BEHANDLUNG:

Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?	<input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> ja		
<i>Welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt?</i>				
Stimulation mit Tabletten:	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein		
Stimulation mit Spritzen:	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein		
Insemination:	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein		
IVF-Behandlungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein		
ICSI-Behandlung:	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein		
Kryotransfer:	<input type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> nein		
sonstiges:				



Anmeldebogen – Partner

Name:			Vorname:		
Geburtsdatum:					
Straße, Hausnr.:					
PLZ, Ort:					
ausgeübter Beruf:					
Telefon privat:			Mobilnummer:		
Telefon geschäftlich:					
E-Mail-Adresse privat:					
<hr/>					
Familienstand:	<input type="checkbox"/> verheiratet seit _____ <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft mit (Name, Vorname Partner/in): _____				
	<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verwitwet	
<hr/>					
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert in Deutschland Name der Versicherung: <input type="checkbox"/> privat versichert und Beihilfeberechtigt Name der Versicherung: <input type="checkbox"/> krankenversichert im Ausland				
<hr/>					
Urologe/-in:	Name:				
	Adresse:				

Anamnesebogen – Partner (gesundheitliche Vorgesichte)

ALLGEMEINE ANAMNESE:

Größe:	m	Gewicht:	kg
Haben Sie bereits Kinder	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – aus dieser Beziehung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – Wie viel:	
Leiden Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – welche:	
Hatten Sie eine Infektion durch Prionen? (z.B. Creutzfeldt-Jakob-Krankheit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Bestand Kontakt mit HIV, Hepatitis, Ebola oder Zika-Virus?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Waren Sie innerhalb des letzten halben Jahres auf einer Fernreise?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – in:	
Sonstige Erkrankungen o. Operationen?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – welche:	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja – welche:	

FAMILIENANAMNESE:

Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt?	<input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/> Fehlgeburten <input type="checkbox"/> Früh-/Totgeburten <input type="checkbox"/> Kinder früh verstorben <input type="checkbox"/> Körperliche und geistige Behinderungen <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose (Mukoviszidose) <input type="checkbox"/> sonstige Auffälligkeiten:
Erbkrankheiten? (bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)	
Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – bei wem und was:

UROLOGISCHE ANAMNESE:

Wurde bei Ihnen bereits eine Untersuchung des Samens (Spermogramm) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – mit welchem Ergebnis: <input type="checkbox"/> normaler Befund <input type="checkbox"/> auffälliger Befund
Hatten Sie eine Hodenverletzung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – wann:
Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche Therapie wurde durchgeführt: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Hormontherapie <input type="checkbox"/> Operation
Hatten Sie eine Entzündung am Hoden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – wann:
Haben oder hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Sind Sie operiert worden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – wann:

EXTERNE BEHANDLUNG:

Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja – welche Behandlungen wurden durchgeführt:
---	--