

Anmeldebogen – Patientin

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Ort:

ausgeübter Beruf:

Telefon privat:

Mobilnummer:

Telefon geschäftlich:

E-Mail-Adresse privat:

Familienstand:

☐ verheiratet seit

☐ eingetragene Lebenspartnerschaft mit (Name, Vorname Partner/in):

☐ ledig

☐ geschieden

☐ verwitwet

Krankenversicherung:

☐ gesetzlich versichert

☐ privat versichert in **Deutschland**

Name der Versicherung:

☐ privat versichert und Beihilfeberechtigt

Name der Versicherung:

☐ krankenversichert im **Ausland**

Frauenarzt/-ärztin:

Name:

Adresse:

Befundbericht an Ihre/n Frauenarzt/-ärztin gewünscht?

☐ ja

☐ nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam
geworden?

☐ Frauenarzt/-ärztin

☐ Zeitung

☐ Internet

☐ Freunde



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-/Gefäßsystem <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?

☐ nein

☐ ja – wie oft:

Wenn ja,

davon Geburten:

davon Fehlgeburten:

Schwangerschaft(en) aus gleicher Partnerschaft?

☐ ja

☐ nein

Ist Ihr Zyklus regelmäßig?

(alle 26 – 35 Tage mit einer Blutung von 3 – 5 Tagen)

☐ ja

☐ nein

Sondern: alle Monate

☐ ohne Medikamente nie

Besonderheiten zur Blutung:

☐ sehr lang

☐ sehr stark

☐ sehr schmerzhaft

Letzte Periode war am?

Zykluslänge:

Tage

Letzte Krebsvorsorge war am?

Haben Sie verhütet?

mit Pille:

☐ ja

☐ nein

mit Spirale:

☐ ja

☐ nein

von:

bis:

Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?

ca.

Mal/Woche

ca.

Mal/Monat

Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft?

☐ nein

☐ ja – wann:

Mit welcher Methode?

☐ Ultraschall

☐ Röntgenkontrastmittel

☐ Bauchspiegelung

Ergebnis?

rechter Eileiter:

☐ durchgängig

☐ verschlossen

linker Eileiter:

☐ durchgängig

☐ verschlossen

EXTERNE BEHANDLUNG:

Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?

☐ nein

☐ ja

Welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt?

Stimulation mit Tabletten:

☐ ja

☐ nein

Stimulation mit Spritzen:

☐ ja

☐ nein

Insemination:

☐ ja

☐ nein

IVF-Behandlungen:

☐ ja

☐ nein

ICSI-Behandlung:

☐ ja

☐ nein

Kryotransfer:

☐ ja

☐ nein

sonstiges:

Gab es bei einer IVF/ICSI-Behandlung Komplikationen?

☐ nein

☐ ja – welche:

☐ Überstimulation der Eierstöcke

☐ Blutungen

☐ Infektionen

☐ andere:

Anmeldebogen – Partner

| | | | |
|------------------------|--|--------------|--|
| Name: | | Vorname: | |
| Geburtsdatum: | | | |
| Straße, Hausnr.: | | | |
| PLZ, Ort: | | | |
| ausgeübter Beruf: | | | |
| Telefon privat: | | Mobilnummer: | |
| Telefon geschäftlich: | | | |
| E-Mail-Adresse privat: | | | |

| | | |
|----------------|---|-------------------------------------|
| Familienstand: | <input type="checkbox"/> verheiratet seit | |
| | <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft mit (Name, Vorname Partner/in): | |
| | <input type="checkbox"/> ledig | <input type="checkbox"/> geschieden |

| | | |
|--|---|--|
| 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 | | |

| | | |
|--------------|----------|--|
| Urologe/-in: | Name: | |
| | Adresse: | |

Anamnesebogen – Partner (gesundheitliche Vorgeschichte)

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? 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: |

UROLOGISCHE ANAMNESE:

| | |
|---|--|
| Wurde bei Ihnen bereits eine Untersuchung des Samens (Spermiogramm) 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: |
|---|--|