

FB Anamnesebogen

Bitte füllen Sie dieses Dokument möglichst vollständig und gut leserlich aus.

- Bringen Sie bitte zum Ersttermin folgendes mit: Personalausweis, Impfpass, Blutgruppen-Nachweis (falls vorhanden)

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Größe und Gewicht:	_____ m / _____ Kg
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (wichtig: gegen Antibiotika?)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , welche:
Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , welche:
Rauchen Sie?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , wieviel:
Trinken Sie Alkohol?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , oft / gelegentlich / selten
Seit wann besteht der Kinderwunsch:	
Bisherige Schwangerschaften / davon Geburten / davon Fehlgeburten	
Schwangerschaften aus gleicher Partnerschaft:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind Sie verheiratet?	ja, seit: _____ nein <input type="checkbox"/>
Ist Ihr Zyklus regelmäßig (alle 26 bis 35 Tage mit einer Blutung von 3-5 Tagen)?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> , sondern alle _____ Monate Ohne Medikamente nie: _____
Besonderheiten zur Blutung?	sehr lang <input type="checkbox"/> sehr stark <input type="checkbox"/> sehr schmerzhaft <input type="checkbox"/>
Ihre letzte Periode war am:	_____ / Zykluslänge: _____ Tage
Haben Sie verhütet?	Mit Pille: ja <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> Mit Spirale: ja <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/> von: _____ bis: _____
Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?	ca. _____ Mal / Woche ca. _____ Mal / Monat
Bisherige Operationen:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , welche:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , welche:
Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , wann:
Mit welcher Methode?	<input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/> Röntgenkontrastmittel <input type="checkbox"/> Bauchspiegelung

Ergebnis?	linker Eileiter: durchgängig <input type="checkbox"/> verschlossen <input type="checkbox"/> rechter Eileiter: durchgängig <input type="checkbox"/> verschlossen <input type="checkbox"/>
Bekannte Vorerkrankungen?	<input type="checkbox"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) <input type="checkbox"/> Epilepsie <input type="checkbox"/> Asthma, chronische Bronchitis <input type="checkbox"/> Erkrankungen von Magen/Darm <input type="checkbox"/> Erkrankungen der Niere <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 / Migräne <input type="checkbox"/> sonstige: _____
Bestand Kontakt mit HIV oder Hepatitis?	nein/unbekannt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , wann:
Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten / Krebserkrankungen bekannt? (bei Mutter, Vater, Geschwistern, Neffen, Tanten, Onkel)	<input type="checkbox"/> Fehlgeburten <input type="checkbox"/> Früh-/Totgeburten <input type="checkbox"/> Kinder früh verstorben <input type="checkbox"/> körperliche und/oder geistige Behinderungen <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose <input type="checkbox"/> sonstige Auffälligkeiten: _____ <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen (bei wem und was?): _____
Zeitpunkt der letzten gynäkologischen Krebsvorsorge?	
Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , wenn ja, welche Behandlungen wurden durchgeführt: Stimulation mit Tabletten (Clomifen): ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Stimulation mit Spritzen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Insemination: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> IVF-Behandlungen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ICSI-Behandlungen: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Kryotransfer: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
Gab es bei einer IVF/ICSI-Behandlung Komplikationen?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , welche: <input type="checkbox"/> Überstimulation <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Infektionen <input type="checkbox"/> andere: _____