

Anamnesefragebogen

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an.
Unklare Fragen markieren Sie mit einem Fragezeichen.



Name:			
Vorname:			
Geburtsdatum:		Alter:	
Beruf:			
Gynäkologe/in:			

1	Sind Sie miteinander verheiratet?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Seit wann besteht Ihre Ehe /Lebenspartnerschaft?	(Datum)	
	Seit wann haben Sie Kinderwunsch?	(Monat, Jahr)	
	Wie häufig haben Sie Geschlechtsverkehr?	ca. ____ Mal pro Woche	ca. ____ Mal pro Monat

2	Gewicht (kg):	Größe (cm):
---	---------------	-------------

3	Trinken Sie Alkohol?	<input type="radio"/> nie	<input type="radio"/> selten	<input type="radio"/> regelmäßig
	Rauchen Sie?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Zigaretten pro Tag: ____	
	Konsumieren Sie andere Genussmittel (Drogen)?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, welche? wie oft?	

4	In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Menstruationsblutung?	_____
	Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauf folgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?	
	<input type="radio"/> regelmäßig _____ Tage	
	<input type="radio"/> unregelmäßig zwischen ____ und ____ Tagen	
	<input type="radio"/> zur Zeit keine Regelblutung seit:	

5	Wie lange dauert Ihre Blutung im Durchschnitt? _____ Tage			
	Wie ist die Blutungsstärke?			
	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark	
	Haben Sie Zwischenblutungen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	
	Haben Sie Schmierblutungen vor bzw. nach der Blutung?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, vorher	<input type="radio"/> ja, nachher
	Datum der letzten Regelblutung?			
	Haben Sie Schmerzen während der Blutung?			
	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> leicht	<input type="radio"/> mittel	<input type="radio"/> stark

6	Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?		(Jahr)
	War dabei etwas auffällig?	<input type="radio"/> nein	
	<input type="radio"/> ja, was?		

7	Haben Sie Vorerkrankungen?	<input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/> ja	(Jahr)
	Thrombosen	<input type="radio"/> ja
	Diabetes (Zuckerkrankheit)	<input type="radio"/> ja
	→ Insulinpflichtig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Asthma / chron. Bronchitis	<input type="radio"/> ja
	Herz-/Kreislauf-/Gefäßerkrankung	<input type="radio"/> ja
	Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja
	Krebs / andere Tumore	<input type="radio"/> ja
	→ welche Krebsart?	

Infektionskrankheiten:	<input type="radio"/> HIV	<input type="radio"/> Hepatitis B
	<input type="radio"/> Hepatitis C	Andere:
	Andere Vorerkrankungen:	

8	Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?					
Hormonell:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	von		bis	
Spirale:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	von		bis	
Kondom:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	von		bis	

9	Waren Sie bereits schwanger?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja				
Jahr	Geburt	Fehlgeburt	Abbruch	Mit jetzigem Partner?		Nach Kinderwunschbehandlung?	
				<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10	Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
	Falls ja, mit welchem Ergebnis?	<input type="radio"/> unauffällig	<input type="radio"/> auffällig

11	Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?			
	<input type="radio"/> nein, dann weiter mit Frage 13			
	<input type="radio"/> ja, wo?			
	Folgende Behandlungen wurden durchgeführt:			
Art der Behandlung		Anzahl Zyklen	Schwangerschaften	
Zykluskontrolle mit Geschlechtsverkehr beim Eisprung			<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Stimulation der Eierstöcke mit Geschlechtsverkehr beim Eisprung			<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Insemination mit Sperma des Partners			<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Insemination mit Spendersperma			<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung (IVF)			<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)			<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)			<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

12	Vorausgegangene IVF- oder ICSI-Behandlungen:
	(falls Sie bereits mehr als vier IVF- oder ICSI-Behandlungen hatten, bitte nachfolgend die letzten vier angeben)

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl Ein-gefroren	Schwangerschaft
1		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Medikamente:							
#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl Ein-gefroren	Schwangerschaft
2		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Bitte wenden!

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl Ein-gefroren	Schwangerschaft
3		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Medikamente:

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl Ein-gefroren	Schwangerschaft
4		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>				<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Medikamente:

13	Haben Sie Allergien?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, welche?
----	----------------------	----------------------------	-----------------------------------

14	Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft?	<input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/> ja, wann?	
	Falls ja, mit welcher Methode?	
	<input type="radio"/> Ultraschall/Kontrastmittel	<input type="radio"/> Röntgen
	<input type="radio"/> Bauchspiegelung	
	Mit welchem Ergebnis?	
	Eileiter links:	<input type="radio"/> durchgängig <input type="radio"/> verschlossen
	Eileiter rechts:	<input type="radio"/> durchgängig <input type="radio"/> verschlossen

15	Hatten Sie Operationen?	<input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/> ja, welche?	Jahr

16	Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

17	Sind Sie geimpft gegen:	Röteln <input type="radio"/> ja	Covid-19 <input type="radio"/> ja
		Windpocken <input type="radio"/> ja	Sonstige:
		Keuchhusten <input type="radio"/> ja	



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	Alter:
Beruf:	
Hausarzt:	
Urologe/in:	

1	Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?
<input type="radio"/> ja	mit jetziger Partnerin wann?
	nach Kinderwunschbehandl.? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
<input type="radio"/> ja	mit anderer Partnerin wann?
	nach Kinderwunschbehandl.? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
	Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

2	Gewicht (kg):	Größe (cm):
---	---------------	-------------

3	Ist eine Untersuchung des Spermas erfolgt (Spermiogramm)?
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wann zuletzt? _____
	- Mit welchem Ergebnis? <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> auffällig

4	Haben Sie Erektionsstörungen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
---	-------------------------------	----------------------------	--------------------------

5	Haben Sie sich sterilisieren lassen?	<input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/> ja, wann?	
	Falls ja: Wurden Sie später wieder refertilisiert?	
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wann?	

6	Hatten Sie eine Hodenverletzung?	<input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/> ja, wann?	
	Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?	<input type="radio"/> ja: links <input type="radio"/> ja: rechts
	Hatten sie eine Entzündung der Hoden?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wann?
	- Falls ja, welche Therapie erfolgte?	
	Hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
	- Falls ja, sind Sie deshalb operiert worden?	
	Hatten Sie Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche und wann?

7	Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

8	Trinken Sie Alkohol?
	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig
	Rauchen Sie?
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Zigaretten pro Tag: _____
	Konsumieren Sie andere Genussmittel (Drogen)?
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche und wie oft?
	Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

9	Haben Sie Allergien?
	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche?

10	Hatten oder haben Sie (Vor-) Erkrankungen?	<input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/> ja _____ (Jahr)	
	Mumps	<input type="radio"/> ja
	Diabetes (Zucker)	<input type="radio"/> ja
	→ Insulinpflichtig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
	Bluthochdruck	<input type="radio"/> ja
	Epilepsie	<input type="radio"/> ja
	Krebs / andere Tumore (Welche?)	<input type="radio"/> ja
	Infektionskrankheiten	<input type="radio"/> HIV <input type="radio"/> Hepatitis B
	<input type="radio"/> Hepatitis C	Andere:
	Andere Vorerkrankungen:	

11	Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt?	<input type="radio"/> nein
	<input type="radio"/> ja, das Ergebnis war	<input type="radio"/> unauffällig <input type="radio"/> auffällig

Ort, Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Partner