

Anamnese – Fragebogen für die Frau

Familiename:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon:

Email:

Bitte *nehmen* Sie sich 15 Minuten Zeit und füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir das Erstgespräch optimal für Sie vorbereiten und die für Sie bestmögliche Therapieform wählen.

1. **Wie lange haben Sie schon Kinderwunsch?**

Seit Monaten/ Jahren

2. **Haben Sie schon Kinder mit einem anderen Partner?**

Nein

Ja Kinder im Alter von

3. **Wie verläuft Ihr Zyklus (vom 1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung)?**

Regelmäßig zwischen und Tagen

Unregelmäßig zwischen und Tagen

Ich hatte schon länger keine Blutung mehr. Die letzte Blutung war am:

4. **Bei Ihrer allerersten Monatsblutung waren Sie**

Jahre alt.

5. **Wann kam Ihre Mutter in die Wechseljahre?**

6. **Wieviele Kinder wurden von Ihrer Mutter geboren?**

7. **Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen wie PCO, Endometriose oder Schilddrüsenerkrankungen?**

8. **Waren Sie schon einmal schwanger?**

Nein

Ja

Bitte machen Sie Angaben zu Ihren Schwangerschaften:

Jahr, Fehlgeburten, Fehlgeburten mit Cürettag, Abbrüche, Eileiterschwangerschaften, vitale

Schwangerschaften mit Geburten

9. Traten bei Schwangerschaften Komplikationen auf?

- Nein
 Ja, und zwar:

10. Wie lange haben Sie gestillt?

11. Haben Sie vor dem Kinderwunsch mit Pille verhütet?

- Nein
 Ja Dauer: Monate/ Jahre bis:

12. Veränderte sich Ihre Regelblutung durch die Pilleneinnahme?

13. Waren Sie bezüglich Ihres Kinderwunsches schon in ärztlicher Behandlung?

- Nein Ja, seit Monaten/ Jahren

Art der Behandlung

Versuche

Schwangerschaft

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="radio"/> Stimulation mit Hormone | | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| <input type="radio"/> Insemination mit Samen des Partners | | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| <input type="radio"/> Insemination mit Fremdsamen | | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| <input type="radio"/> Künstliche Befruchtung IVF/ICSI | | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |

**Befunde vorrausgegangener Behandlungen beinhalten wertvolle Informationen!
Sie können diese jederzeit in den IVF-Zentren anfordern und Sie uns übermitteln!!**

14. Gab es bei Stimulationen und sonstigen vorausgegangenen Behandlungen Komplikationen?

- Nein
 Ja, und zwar:

15. Wurden Ihre Eileiter untersucht?

- Nein
 Ja Wann: Methode:

Ergebnis:

16. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- Endometriose PCO
 Gerinnungsstörung Krebs/Tumore
 Diabetes Bluthochdruck
 Lungenerkrankungen Neurologische Erkrankung
 Nierenerkrankung Herzerkrankung
 Schilddrüsenfehlfunktion Myome

17. Haben Sie eine der folgenden Beschwerden?

- Migräne Kopfschmerzen
 Hitzewallungen Akne

18. Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen oder andere schwere Leiden?

- Nein
 Ja, und zwar:

19. Leiden Sie an einer Allergie?

- Nein
 Ja, und zwar:

20. Wie häufig haben Sie ungefähr Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner?

Mal pro Woche

Mal pro Monat

21. Ihre Blutgruppe ist

- O A AB B
 positiv negativ

22. Wie groß und wie schwer sind Sie?

kg

cm

23. Rauchen Sie oder haben Sie jemals geraucht?

- Nein Nicht mehr seit
 Ja Zigaretten täglich

24. **Trinken Sie Alkohol?**

Nein

Gelegentlich

Ja, regelmäßig

25. **Konsumieren Sie oder haben Sie je Drogen, Aufputsch- oder Dopingmittel konsumiert?**

Nein

Gelegentlich

Ja, regelmäßig

26. **Wann war Ihre letzte Mammographie? Befund?**

27. **Wann war Ihr letzter PAP – Abstrich? Bitte legen Sie den Befund bei!**

28. **Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja was und wann?**

29. **Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, machen Sie bitte folgende Angaben:**

Medikament	Dosierung	Seit wann?	Warum