

FB - Anamnesebogen Frau

Angaben zur Person

Name, Vorname:	
Name, Vorname Partner:in:	
Sind Sie miteinander verheiratet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein, ich befinde mich im Scheidungsprozess
Geburtsname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Adresse: (ggf. abweichende Rechnungsadresse zusätzlich angeben)	
Festnetz/Mobil:	
E-Mail-Adresse:	
Krankenkasse:	
Beruf:	
Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?	
Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?	

Kurzanamnese

Körpergröße und Gewicht:	Größe (cm) Gewicht (kg)
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____ Zigaretten am Tag <input type="checkbox"/> Nichtraucherin seit:
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie bereits gegen Röteln geimpft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?	<input type="checkbox"/> ja, welche und seit wann: <input type="checkbox"/> nein
Sind bei Ihnen relevante Vorerkrankungen bekannt?	<input type="checkbox"/> ja, welche und seit wann: <input type="checkbox"/> nein

Kinderwunschanamnese

Seit wann versuchen Sie schwanger zu werden?	Seit:		
Haben Sie bereits eigene Kinder?	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, mit jetzigem Partner	geb. am:	Anzahl:
	<input type="checkbox"/> ja, mit anderem Partner	geb. am:	Anzahl:
	<input type="checkbox"/> ja, mit einem Spender	geb. am:	Anzahl:
Hatten Sie eine Fehlgeburt/Unterbrechung?	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, mit jetzigem Partner	Wann:	Anzahl:
	<input type="checkbox"/> ja, mit anderem Partner	Wann:	Anzahl:
	<input type="checkbox"/> ja, mit einem Spender	Wann:	Anzahl:
Wurde Ihre Eileiterdurchgängigkeit bereits überprüft? (falls ja, bitte <u>Befund</u> beifügen)	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, mittels Bauchspiegelung	<input type="checkbox"/> ja, mittels Ultraschall	
	Datum:	Datum:	
	<u>Eileiter links:</u> <input type="checkbox"/> durchgängig <input type="checkbox"/> verschlossen	<u>Eileiter rechts:</u> <input type="checkbox"/> durchgängig <input type="checkbox"/> verschlossen	
Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, welche und wann: (bitte Befunde beifügen)		
Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja (bitte <u>Befund</u> beifügen) <input type="checkbox"/> nein		
Wurde bei Ihnen bereits eine Gerinnungsuntersuchung durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja (bitte <u>Befund</u> beifügen) <input type="checkbox"/> nein		
Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Wenn ja, bitte Angaben zu erfolgten Therapien machen (Tabelle):		
<u>Therapie</u>	<u>Zentrum/ Klinik</u>	<u>Anzahl Zyklen</u>	<u>Schwangerschaft (SS)</u>
<input type="checkbox"/> Zykluskontrolle mit Verkehr zum Optimum (VZO)			<input type="checkbox"/> ja, SS erzielt Anzahl: <input type="checkbox"/> nein, keine SS erzielt Datum:
<input type="checkbox"/> Stimulation der Eierstöcke mit VZO			<input type="checkbox"/> ja, SS erzielt Anzahl: <input type="checkbox"/> nein, keine SS erzielt Datum:
<input type="checkbox"/> Insemination mit Samen des Partners (IUI)			<input type="checkbox"/> ja, SS erzielt Anzahl: <input type="checkbox"/> nein, keine SS erzielt Datum:
<input type="checkbox"/> Insemination mit Spendersamen (IUI)			<input type="checkbox"/> ja, SS erzielt Anzahl: <input type="checkbox"/> nein, keine SS erzielt Datum:
<input type="checkbox"/> Künstliche Befruchtung (IVF)			<input type="checkbox"/> ja, SS erzielt Anzahl: <input type="checkbox"/> nein, keine SS erzielt Datum:
<input type="checkbox"/> Künstliche Befruchtung (ICSI)			<input type="checkbox"/> ja, SS erzielt Anzahl: <input type="checkbox"/> nein, keine SS erzielt Datum:
<input type="checkbox"/> Auftauzyklus (Kryotransfer)			<input type="checkbox"/> ja, SS erzielt Anzahl: <input type="checkbox"/> nein, keine SS erzielt Datum:
<input type="checkbox"/> Social-Freezing		Anzahl eingefrorener Eizellen:	Datum:
Gab es bei bisherigen reproduktiven Therapien Komplikationen?	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> Überstimulationssyndrom		
	<input type="checkbox"/> Blutungen		
	<input type="checkbox"/> Sonstige:		
<u>Ort, Datum</u>		<u>Unterschrift Patientin</u>	