



Kinderwunschpraxis Göttingen

Anamnesefragebogen - Frau

Name:..... Vorname:..... geb.:.....

wohnhaft in:.....

Handy:..... gesch.:.....

Sind Sie miteinander verheiratet? ☐ ja ☐ nein

Seit wann haben Sie einen Kinderwunsch?.....(Monat, Jahr)

Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit ihrem Partner? - ca.Mal pro Woche
- ca.Mal pro Monat

Seit wann haben Sie ungeschützten Verkehr? ☐ Monaten ☐ Jahren

Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben? - Pille: ☐ nein ☐ ja: von.....bis.....
- Spirale: ☐ nein ☐ ja: von.....bis.....
- sonstiges: ☐ ja: von.....bis.....

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung? - mitJahren

Datum der letzten Regel?.....

Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauf folgenden Regelblutung (Zyklusdauer)? ☐ zwischen undTagen

Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt? zwischen undTagen

Haben Sie Zwischenblutungen? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie Schmerzen während der Periode? ☐ nein ☐ leicht ☐ mittel ☐ stark

Sind Sie schonmal operiert worden? ☐ nein ☐ ja

- falls ja, welche?(Jahr)

Waren Sie bereits schwanger? ☐ nein ☐ ja
- falls ja, Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft?Monate

Monat / Jahr	Geburt (G)? Fehlgeburt (F)? Abbruch (A)?	Mit jetzigem Partner?	Nach Kinderwunsch - Behandlung?
.....	OG OF OA	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja welche?
.....	OG OF OA	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja welche?
.....	OG OF OA	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja welche?
.....	OG OF OA	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja welche?

- Traten Komplikationen auf? ☐ nein ☐ ja

Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung? ☐ nein ☐ ja, seit(Jahr)

- Wer und wo?

Art der Behandlung	Anzahl der Zyklen	Schwangerschaft	
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Insemination	<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

Vorausgegangene IVF- oder ICSI - Behandlungen*:

* falls Sie bereits mehr als drei IVF- oder ICSI - Behandlungen hatten, bitte nachfolgend die letzten drei angeben

#	Monat / Jahr	IVF	ICSI	Medikamente (Dosis)	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
1		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

#	Monat / Jahr	IVF	ICSI	Medikamente (Dosis)	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
2		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

#	Monat / Jahr	IVF	ICSI	Medikamente (Dosis)	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl eingefroren	Schwangerschaft
3		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

- mehr als 3? Wenn ja wie viele ?

Gab es bei IVF- / ICSI - Therapien Komplikationen? ☐ nein ☐ Überstimulationssyndrom ☐ Blutung

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? (Jahr)

Sind Sie bereits gegen Röteln geimpft? ☐ nein ☐ ja

Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe? Gewicht (Kilo):..... Größe (cm):.....

Trinken Sie Alkohol? ☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, wie viele Zigaretten pro Tag

Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)? ☐ nein ☐ ja (welche?)(wie oft?)

Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel? ☐ nein ☐ ja

Haben Sie Allergien? ☐ nein ☐ ja (welche?)

Leiden Sie an weiteren Begleiterkrankungen und welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein? ☐ nein ☐ ja

- falls ja, welche?

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?

☐ nein ☐ ja, (welche?)

Wer ist Ihr behandelnder Frauenarzt bzw. Frauenärztin?

Wer ist ihr behandelnder Hausarzt bzw. Hausärztin?

Waren Sie in der letztem 6 Monaten in einem Risikogebiet für eine der folgenden Erkrankungen? Cruzi, Malaria , HTLV, Zika? ☐ nein ☐ ja

Bemerkungen:
.....