



# 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 Empfängnisschutz betrieben?** - Pille:  nein  ja: von.....bis.....  
- Spirale:  nein  ja: von.....bis.....  
- sonstiges:  nein  ja: von.....bis.....

**In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?** - mit .....Jahren

**Datum der letzten Regel?** .....

**Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauf folgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?**  zwischen ..... und ..... Tagen

**Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt?** zwischen ..... und ..... Tagen

**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	O ja <input type="radio"/> nein	O nein <input type="radio"/> ja welche?	.....
.....	OG OF OA	O ja <input type="radio"/> nein	O nein <input type="radio"/> ja welche?	.....
.....	OG OF OA	O ja <input type="radio"/> nein	O nein <input type="radio"/> ja welche?	.....
.....	OG OF OA	O ja <input type="radio"/> nein	O 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"/> O	<input type="radio"/> O					<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"/> O	<input type="radio"/> O					<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"/> O	<input type="radio"/> O					<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 letzten 6 Monaten im einem Risikogebiet für eine der folgenden Erkrankungen? Cruzi, Malaria , HTLV, Zika?  nein  ja

Bemerkungen: .....