

FB - Anamnesebogen-Divers

Angaben zur Person

Name, Vorname:	
Wie möchten Sie angesprochen werden?	<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> alternativ:
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
Geburtsdatum:	
Adresse: (ggf. Rechnungsadresse zusätzlich angeben)	
Festnetz/Mobil:	
E-Mail-Adresse:	
Krankenkasse:	
Beruf:	
Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?	
Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe/ Urologe?	

Kurzanamnese

Körpergröße und Gewicht:	Größe (cm) Gewicht (kg)
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____ Zigaretten am Tag <input type="checkbox"/> Nichtraucher:in 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
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja, welche und seit wann: _____ <input type="checkbox"/> nein
Wurde bei Ihnen ein genetischer Test auf zystische Fibrose (CFTR) oder den sog. Azospermiefaktor (AZF) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (bitte <u>Befund</u> beifügen): <input type="checkbox"/> Befund unauffällig <input type="checkbox"/> Befund auffällig

Gynäkologische Anamnese

Datum der letzten Periode:			
In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Periode?	Mit	Jahren	
War Ihre Periode in den ersten Jahren der Pubertät regelmäßig?	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig		
Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Periode bis zum ersten Tag der darauffolgenden Periode (Zyklusdauer)?	<input type="checkbox"/> regelmäßig, alle Tage <input type="checkbox"/> unregelmäßig, alle Tage <input type="checkbox"/> keine Periode seit:		
Wie lange dauert die Periode im Durchschnitt?	Zwischen	und	Tagen
Wie ist die Blutungsstärke der Periode?	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark		
Haben Sie Schmerzen während der Periode?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark		
Haben Sie Zwischenblutungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wann war Ihre letzte Gebärmutterhalskrebsvorsorge?			
Nutzen Sie ein Verhütungsmittel? Wenn ja, welches?	<input type="checkbox"/> ja, folgendes: <input type="checkbox"/> nein		seit:
Beobachten Sie Sekretaustritt aus der Brust?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Leiden Sie unter den folgenden Symptomen?	Akne	Verstärkter Haarausfall	Zunahme der Körperbehaarung
	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> Gesicht <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Brustkorb seit:	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark seit:	<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> Gesicht <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Brustkorb <input type="checkbox"/> Beine <input type="checkbox"/> Arme <input type="checkbox"/> Bauch seit:
Wurde Ihre Eileiterdurchgängigkeit bereits überprüft? (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		

Urologische Kurzanamnese

Haben Sie bereits eigene Kinder?	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, mit jetziger Partnerin	geb. am:	Anzahl:
	<input type="checkbox"/> ja, mit anderer Partnerin	geb. am:	Anzahl:
Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt? (Bitte auch mögl. Fehlgeburten angeben)	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, mit jetziger Partnerin	geb. am:	Anzahl:
	<input type="checkbox"/> ja, mit anderer Partnerin	geb. am:	Anzahl:
Wurde bei Ihnen ein Spermogramm durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: (bitte Befund beifügen) <input type="checkbox"/> Befund unauffällig <input type="checkbox"/> Befund auffällig		
Gab es schon Operationen im Unterleibs- und/oder Genitalbereich (auch z.B. eine Sterilisation = Vasektomie)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: (bitte Befund beifügen)		
Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?	<input type="checkbox"/> ja, linker Hoden	<input type="checkbox"/> ja, rechter Hoden	<input type="checkbox"/> nein
Hatten/Haben Sie eine Hodenentzündung?	<input type="checkbox"/> ja, linker Hoden	<input type="checkbox"/> ja, rechter Hoden	<input type="checkbox"/> nein
Hatten/Haben Sie eine Hodenverletzung?	<input type="checkbox"/> ja, linker Hoden	<input type="checkbox"/> ja, rechter Hoden	<input type="checkbox"/> nein
Hatten/Haben Sie einen Hodentumor?	<input type="checkbox"/> ja, linker Hoden	<input type="checkbox"/> ja, rechter Hoden	<input type="checkbox"/> nein
Hatten/Haben Sie Varikozelen (Krampfadern am Hoden)?	<input type="checkbox"/> ja, linker Hoden	<input type="checkbox"/> ja, rechter Hoden	<input type="checkbox"/> nein
Wurde Ihre Prostata bereits untersucht?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Befund beifügen) <input type="checkbox"/> nein		
Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> ja, links	<input type="checkbox"/> ja, rechts	<input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine Erektionsstörung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Kinderwunschanamnese

Seit wann haben Sie einen Kinderwunsch?		Seit:	
Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt? (bitte <u>Befund</u> beifügen)		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche und wann:	
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 <u>Therapien</u> 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:
<input type="checkbox"/> Kryo-Spermadepot			Datum:
Gab es bei bisherigen IVF-/ICSI-Therapien Komplikationen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Überstimulationssyndrom <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Sonstige:	
<hr/> Ort, Datum		<hr/> Unterschrift Patient:in	