

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
Geburtsdatum:	
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
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja, welche und seit wann: <input type="checkbox"/> nein

Gynäkologische Kurzanamnese

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:

Kinderwunschanamnese

Seit wann haben Sie einen Kinderwunsch?		Seit:	
Haben Sie bereits eigene Kinder?		<input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja, mit jetzigem Partner	geb. am: <input type="text"/> Anzahl: <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> ja, mit anderem Partner	geb. am: <input type="text"/> Anzahl: <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> ja, mit einem Spender	geb. am: <input type="text"/> Anzahl: <input type="text"/>
Waren Sie schon mal schwanger? (Bitte auch mögl. Fehlgeburten angeben)		<input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja, mit jetzigem Partner	Wann: <input type="text"/> Anzahl: <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> ja, mit anderem Partner	Wann: <input type="text"/> Anzahl: <input type="text"/>
		<input type="checkbox"/> ja, mit einem Spender	Wann: <input type="text"/> Anzahl: <input type="text"/>
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: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/> <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="text"/> Datum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein, keine SS erzielt
<input type="checkbox"/> Stimulation der Eierstöcke mit VZO			<input type="checkbox"/> ja, SS erzielt Anzahl: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein, keine SS erzielt
<input type="checkbox"/> Insemination mit Samen des Partners (IUI)			<input type="checkbox"/> ja, SS erzielt Anzahl: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein, keine SS erzielt
<input type="checkbox"/> Insemination mit Spendersamen (IUI)			<input type="checkbox"/> ja, SS erzielt Anzahl: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein, keine SS erzielt
<input type="checkbox"/> Künstliche Befruchtung (IVF)			<input type="checkbox"/> ja, SS erzielt Anzahl: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein, keine SS erzielt
<input type="checkbox"/> Künstliche Befruchtung (ICSI)			<input type="checkbox"/> ja, SS erzielt Anzahl: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein, keine SS erzielt
<input type="checkbox"/> Auftauzyklus (Kryotransfer)			<input type="checkbox"/> ja, SS erzielt Anzahl: <input type="text"/> Datum: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> nein, keine SS erzielt
<input type="checkbox"/> Social-Freezing		Anzahl eingefrorener Eizellen: <input type="text"/>	Datum: <input type="text"/>
Gab es bei bisherigen reproduktiven Therapien Komplikationen?		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Überstimulationssyndrom <input type="checkbox"/> Blutungen <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/>	
Ort, Datum		Unterschrift Patientin	