

Datum Erstgespräch:	Arzt:	Überweiser:
---------------------	-------	-------------

**Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an. Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.**

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
Beruf:	

**Geburtsdatum:** ..... **Alter:** .....

**Sind Sie miteinander verheiratet?**     ja     nein

**Seit wann besteht Ihre jetzige Ehe (Lebenspartnerschaft)?** ..... (Datum)

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

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

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Insemination - mit Spermia des Partners	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Insemination - mit Spendersperma	.....	<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
GIFT	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
andere	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Vorausgegangene IVF- oder ICSI-Behandlungen\*:**

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

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
1	.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?**  
.....

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
2	.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?**  
.....

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
3	.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?**  
.....

#	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen punktiert	Anzahl Embryonen transferiert	Anzahl ein-gefroren	Schwangerschaft
4	.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	.....	.....	.....	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?**  
.....

**Gab es bei IVF- / ICSI-Therapien Komplikationen?**

nein                                     Überstimulationssyndrom  
 Blutungen                                 sonstige (**welche?**)

.....  
.....

**Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft?**

nein                                     ja (**wann?**) .....

- falls ja, mit welcher Methode?

Ultraschall     Röntgen     Bauchspiegelung

- mit welchem Ergebnis?

Eileiter links:             durchgängig     verschlossen  
 Eileiter rechts:            durchgängig     verschlossen

**Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?**

nein     ja (welche?) \_\_\_\_\_ **Jahr**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Waren Sie bereits schwanger?**

nein     ja  
 - falls ja, Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft?  
 \_\_\_\_\_ Monate

Jahr	Geburt (G)? Fehlgeburt (F)? Abbruch (A)?	Mit jetzigem Partner?	Nach Kinderwunschbehandlung?
_____	OG OF OA	O ja O nein	O ja O nein
_____	OG OF OA	O ja O nein	O ja O nein
_____	OG OF OA	O ja O nein	O ja O nein
_____	OG OF OA	O ja O nein	O ja O nein

Traten Komplikationen auf?     nein     ja

**In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?**

- mit \_\_\_\_\_ Jahren

**Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?**

**Pille:**     nein     ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
**Spirale:**  nein     ja: von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Haben Sie sich sterilisieren lassen?**

nein     ja (wann?) \_\_\_\_\_

**Wann war Ihre letzte Regelblutung?**

**Datum:**

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

regelmäßig zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen  
 unregelmäßig zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen  
 zur Zeit keine Regelblutung  
 seit \_\_\_\_\_  Tagen     Wochen     Monaten

**Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?**

Gewicht (Kilo): \_\_\_\_\_    Größe (cm): \_\_\_\_\_

**Trinken Sie Alkohol?**

nie     selten     gelegentlich     regelmäßig

**Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Rauchen Sie?**

nein                       1-5 Zig./Tag  
 6-10 Zig./Tag             11-15 Zig./Tag  
 16-20 Zig./Tag           mehr als 20 (Anzahl?) \_\_\_\_\_

**Haben Sie Allergien?**

nein                       ja (welche?) \_\_\_\_\_

**Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?**

nein                       ja

**Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?**

**Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?**

nein                       ja (wann?) \_\_\_\_\_

**- falls ja, mit welcher Methode?**

Ultraschall     radiologisch     Bluttest

**- mit welchem Ergebnis?**

unbekannt     ohne Befund     auffällig

**- falls auffällig, mit welchem Befund?**

**Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?**

nein     ja (welche?) \_\_\_\_\_


**Wurden, außer im Bauchraum oder Unterleib, bereits andere Operationen durchgeführt?**

nein     ja (welche?) \_\_\_\_\_ **Jahr**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

nein  
 ja, mütterlicherseits (welche?) \_\_\_\_\_

ja, väterlicherseits (welche?) \_\_\_\_\_

 Dr. med. Grita Hasselbach Hafenstr. 6 d 26789 Leer	Geltungsbereich Ärztliche Sprechstunde	♀ FB
	<b>Anamnesefragebogen Frau</b>	Seite 3 von 3

**Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt ?**

nein  ja

**- mit welchem Ergebnis?**

unauffällig  auffällig

**Sind Sie bereits gegen Röteln geimpft?**

nein  ja

**Waren Sie in den letzten 12 Monaten im außereuropäischen Ausland?**

nein  ja

**Jahr**

Wenn ja, wann und wo

.....

.....

.....

**Sind Sie in einem Gebiet geboren oder aufgewachsen, wo Malaria verbreitet ist oder hatten Sie zeitweise Ihren Lebensmittelpunkt in einem Malaria-Endemiegebiet?**

nein  ja

**Jahr**

Wenn ja, wann und wo

.....

.....

.....

**Hatten Sie in den letzten 12 Monaten engen Kontakt zu Personen mit Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis / Gelbsucht / Tuberkulose)?**

nein  ja

Wenn ja, welche

.....

.....

.....

**Haben Sie jemals Bluttransfusionen oder Blutbestandteile (z.B. Humanalbumin, Plasma, Gerinnungspräparate, Immunglobuline, Seren tierischen Ursprungs) erhalten?**

nein  ja

**Jahr**

Wenn ja, wann und wo

.....

.....

.....

**Wurde bei Ihnen jemals eine Infektion mit Gelbsucht/Hepatitis (HBV, HCV) und/oder eine HIV-1 oder HIV-2 (Aids) und/oder HTLV-1 oder HTLV-2 festgestellt?**

nein  ja

**Ich verpflichte mich hiermit, Veränderungen jeglicher Art, insbesondere Gewicht, Medikamente, Krankheiten etc., unverzüglich im Verlauf der gesamten Kinderwunschbehandlung den behandelnden Ärzten des Kinderwunschzentrums Ostfriesland mitzuteilen.**

Leer, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Patientin)

↓ **Wird vom Arzt im Kinderwunschzentrum ausgefüllt** ↓

**Infektionsserologie**

- Malaria
- Gelbfieber
- CMV
- Treponema pallidum
- Trypanosoma cruzi
- HTLV

Sonstiges:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_