

Kinderwunsch Anamnese Frau ♀



Reproduktionsmedizin
München im Tal
MVZ
Partnerschaftsgesellschaft mbB
Dr. Daniel Noss
Dr. Isabel Stoll
Dr. Patrick Mehrle
Dr. Kathrin Pohlig
Tal 11, 80331 München
(089) 24 22 95-0 | Fax: -60
info@ivf-tal.de | www.ivf-tal.de
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Pat Name _____

Größe: _____ m	Gewicht: _____ kg
Seit wann besteht Kinderwunsch mit ihrem jetzigen Partner?	
Waren Sie bereits schwanger? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja: wie viele Schwangerschaften: _____ davon, Anzahl Geburten: _____ Jahr(e): _____ Anzahl Fehlgeburten: _____ Jahr(e): _____ Anzahl Eileiterschwangerschaften: _____ Jahr(e): _____	
Wie lange ist der Abstand vom 1. Tag der Regelblutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung (Zyklusdauer in Tagen)? _____	
Haben Sie Vorschmierblutungen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wie lange: _____
Haben Sie Schmerzen bei der Blutung?	ja, stark <input type="checkbox"/> mäßig <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Schmerzmittelbedarf bei der Blutung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Sind Ihre Eileiter bereits untersucht worden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wann: mit Laparoskopie <input type="checkbox"/> oder mit US/Kontrastmittel <input type="checkbox"/>
Sind bereits gynäkologische Operationen durchgeführt worden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche und wann: _____ _____ _____
Andere (nichtgynäkologische) Operationen (z.B. Schilddrüse, Blinddarm)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche und wann: _____ _____
Rauchen Sie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wie viel/Tag: _____

Wann war die letzte Krebsvorsorge?	
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Penicillin, Erdnuss, Latex, und andere)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche: _____
Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? z.B. Hepatitis B/ C, HIV, Chlamydien, Sonstige	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche/ (seit) wann: _____ _____
Impfung gegen Röteln:	Wie oft : Jahr: _____
Impfung gegen Windpocken:	Wie oft : Jahr: _____
Bringen Sie bitte Ihren Impfpass mit!	
Gibt es Vorerkrankungen? Bzw. nehmen Sie Medikamente ein? (Angabe der Medikamente und Erkrankungen) _____ _____	
Migräne? mit Aura	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal eine Thrombose/Embolie?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Jahr: _____ Lokalisation: _____
Ist eine Erbkrankheit bei Ihnen bekannt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche: _____
Haben Sie schon einmal eine Empfängnisverhütung durchgeführt?	Pille: <input type="checkbox"/> Spirale: <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> bis wann: _____
Hormonelle Stimulationen der Eierstöcke?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Jahr: _____ Anzahl Zyklen: _____
Mit welchem Medikament:	_____
Sind Behandlungen mit „künstlichen Befruchtungen“ oder Inseminationen durchgeführt worden? (z.B. IVF oder ICSI oder Kryo-Transfer) Siehe separater Bogen!	

Kinderwunsch Anamnese Mann



Reproduktionsmedizin
München im Tal
MVZ
Partnerschaftsgesellschaft mbB
Dr. Daniel Noss
Dr. Isabel Stoll
Dr. Patrick Mehrle
Dr. Kathrin Pohlig
Tal 11, 80331 München
(089) 24 22 95-0 | Fax: -60
info@ivf-tal.de | www.ivf-tal.de
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Pat-Name

Haben Sie bereits (evtl. mit einer früheren Partnerin) eine Schwangerschaft erzielt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> wenn ja: Geburt <input type="checkbox"/> Fehlgeburt <input type="checkbox"/> Jahr: _____	
Wurde eine urologische Untersuchung durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Jahr: _____
Bitte, UNBEDINGT sämtliche Spermioogramme vorab zuschicken !	
Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Spermienqualität bekannt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Hatten Sie Mumps?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Jahr: _____
Hatten Sie eine Hoden-/Nebenhodenentzündung?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Jahr: _____
Hatten Sie einen Hodenhochstand/Pendelhoden?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Jahr: _____
Hatten Sie eine Hodenverletzung oder Hodentumor?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Jahr: _____
Wer ist Ihr Urologe? 	

Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? z.B. Hepatitis B/ C, HIV Chlamydien, Sonstiges ?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche/seit wann: _____ _____
Sind Vorerkrankungen bekannt? Nehmen Sie Medikamente wegen bestimmter Krankheiten ein? (Angabe der Medikamente und Erkrankungen) _____ _____ _____	
Ist eine Erbkrankheit bei Ihnen bekannt?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wenn ja welche?
Rauchen Sie?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wie viel/Tag:

