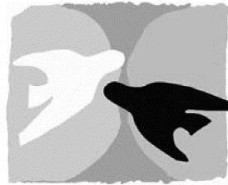


Kinderwunsch Anamnese Frau ♀



Reproduktionsmedizin
München
Medizinisches
Versorgungszentrum
Partnerschaftsgesellschaft
Dr. Walter Bollmann
Dr. Thomas Brückner
Dr. Daniel Noss

Arzt für Laboratoriumsmedizin
Dr. Gerhard Noss

Tal 11, 80331 München
(089) 24 22 95-0 | Fax: -60
info@ivf-bbn.de | www.ivf-bbn.de
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Pat Name

1

Größe:	Gewicht:	
Seit wann besteht Kinderwunsch mit ihrem jetzigen Partner? (bitte ungefähres Datum bzw. Anzahl der Jahre angeben)		
Bestand ein Kinderwunsch vorher mit anderem Partner?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> wie lange _____
Waren Sie bereits schwanger ?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Geburten Angabe auch ob Kaiserschnitt Kind gesund?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Jahr _____
Mit jetzigem Partner?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Nach Kinderwunsch-Behandlung? Wie lange hat es gedauert bis diese Schwangerschaft eingetreten ist (in Monaten)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Fehlgeburten Ausschabungen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Jahr _____
Mit jetzigem Partner?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Jahr _____
Nach Kinderwunsch-Behandlung? Wie lange hat es gedauert bis diese Schwangerschaft eingetreten ist (in Monaten)?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Eileiterschwangerschaften (Seite der Eileiterschwangerschaft und Jahresangabe)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Jahr _____
Mit jetzigem Partner?	li. <input type="checkbox"/>	re. <input type="checkbox"/>
Nach Kinderwunsch-Behandlung?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wie lange ist Ihr Monatszyklus inkl. Blutung (z.B. 26-29 Tage)? (d.h. vom 1.Tag der Blutung an gerechnet, dieser ist definiert als der Tag, an dem die Periodenblutung in normaler Stärke eintritt, der Beginn einer evtl. Schmierblutung ist <u>nicht</u> der erste Zyklustag, bis zum Eintritt der nächsten Blutung) Angabe auch, falls sehr unregelmäßig.		
Wie lange ist Ihre Periodenblutung? Haben Sie Vorschmierblutungen? Haben Sie Zwischenblutungen?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Wie viele Tage?/an welchen Zyklustagen
	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Wie viele Tage?/an welchen Zyklustagen
Haben Sie Schmerzen bei der Blutung?	nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> fast immer <input type="checkbox"/>	stark <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Schmerzmittel bei der Blutung?	nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/>	häufig <input type="checkbox"/>

Sind Ihre Eileiter bereits untersucht worden?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja... mit Bauchspiegelung (Laparoskopie)? (Angabe von Datum und ob Eileiter durchgängig?)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja... mit Ultraschall-Kontrastuntersuchung? (Angabe von Datum und ob Eileiter durchgängig?)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, mit Durchblasung (Pertubation)? (Angabe von Datum und ob Eileiter durchgängig?)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Ist ein „Postcoitaltest“ (Sims-Huhner) durchgeführt worden? (Untersuchung der beweglichen Spermien im Gebärmutterhals-Sekret) wenn ja wann und mit welchem Resultat?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Sind bereits gynäkologischen Operationen durchgeführt worden? beispielsweise:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Bauchspiegelung? (Laparoskopie) Datum, Ergebnis:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Bauchschnitt-Operation? Datum, Ergebnis:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Ausschabung der Gebärmutter? Datum, Ergebnis:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Gebärmutter-Spiegelungen? Datum, Ergebnis:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Gebärmutter-Halsumschneidungen (Konisation) Datum, welches Ergebnis:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Andere (nicht-gynäkologische) Operationen (Schilddrüse, Blinddarm und ähnliche) Datum:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wann wurde die letzte Krebsvorsorge durchgeführt?		
Wann wurde die letzte Mammographie vorgenommen?		
Bisherige Kinderwunsch-Behandlungen? beispielsweise:	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Zyklusüberwachungen (Überwachung des Zeitpunkts des Eisprungs) (Angabe des Jahres und der Anzahl der Zyklen Methoden: Temperatur, Urintests, Ultraschall)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Jahr _____ <u>Methode:</u>
Hormonelle Stimulationen? beispielsweise:		
Mit Tabletten (z.B. Clomifen) 5 Tage lang täglich in der ersten Zyklushälfte? Angabe des Jahres und Anzahl der Zyklen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Jahr: _____ Zyklen:
Mit Spritzen unter die Bauchhaut (z.B. Puregon, Gonal F, Menogon) Angabe des Jahres und Anzahl der Zyklen + Dosis (internationale Einheiten I.E.)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Jahr: _____ Zyklen:
Inseminationen? (Übertragung von Spermien in die Gebärmutterhöhle) Angabe des Jahres und Anzahl der Zyklen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Jahr: _____ Zyklen:

Sind Behandlungen mit „künstlichen Befruchtungen“ durchgeführt worden? (z.B. IVF oder ICSI oder Kryo-Transfer)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Anzahl der IVF-Zyklen bisher:	
Anzahl der ICSI-Zyklen bisher:	
Anzahl der Kryo-Transfer-Zyklen (also Übertragung zuvor eingefrorener Eizellen/Embryonen) bisher:	
Genauere Angaben über die oben aufgelisteten Zyklen mit „künstlicher Befruchtung“ bitte chronologisch auf den separaten Fragebögen!	
Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Penicillin, Erdnuss, Latex, und andere) bitte Angabe sämtlicher Allergien	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Sind bei Ihnen Krankheiten bekannt? z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Rheuma, Schilddrüsenunter-/überfunktion, Asthma, Depressionen, Multiple Sklerose, Tbc, Krebs und andere	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie Medikamente wegen bestimmter Krankheiten ein? Angabe sämtlicher Medikamente (beispielsweise Schilddrüsenmedikamente und andere)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Gab es schon einmal eine Thrombose bei Ihnen? Jahr und Lokalisation angeben	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Ist eine Erbkrankheit bei Ihnen bekannt? Bitte genaue Diagnose angeben	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Sind Erbkrankheiten oder Krebserkrankungen in Ihrer Familie bekannt? Wenn ja, welche:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal eine Empfängnisverhütung durchgeführt? Angabe der Methode(n) und Jahres-Zeitraum	Pille: <input type="checkbox"/> Spirale: <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Jahr: von _____ bis _____
Leiden Sie unter „Sexual-Störungen“?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Wie oft haben Sie Verkehr mit Ihrem Partner? (Verkehr pro Woche) (Verkehr pro Monat)	
Rauchen Sie? Angabe der Anzahl Zigaretten pro Tag	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____ pro Tag