



Anamnesefragebogen bei unerfülltem Kinderwunsch

Sehr geehrte Patienten, ich freue mich, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihnen eine gute Beratung und Behandlung anbieten zu können, bin ich auf Ihre Mithilfe und Auskünfte angewiesen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, soweit es Ihnen möglich ist. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an ein Mitglied unseres Teams oder an mich persönlich.

Vielen Dank! Dr. med. Christiane Peters

Name, Vorname _____

Adresse _____

Tel. / Mobil _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Körpergröße _____ Gewicht _____ BMI _____

Familienstand verheiratet feste Partnerschaft alleinstehend

Name, Vorname des Ehemannes / des Partners: _____

• **Seit wann besteht bei Ihnen ein Kinderwunsch?** _____ Monat _____ Jahr

• **Wie stark fühlen Sie sich durch den unerfüllten Kinderwunsch oder durch die durchgeführten Therapien belastet?**

Bitte ankreuzen: 0 = gar nicht 10 = sehr stark beeinträchtigt

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

• **Waren Sie bereits schwanger?** nein ja

- Falls ja, wie lange war die Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft? _____ Monate

- Falls ja, dann beantworten Sie bitte die folgenden Fragen bzgl. des Schwangerschaftsausganges:

Jahr	Geburt (G), Eileiterschwangerschaft (EG), Fehlgeburt (F), Abbruch (A)	Mit jetzigem Partner?	Schwangerschaftseintritt nach Kinderwunsch- behandlung?
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

• **Waren oder sind Sie aktuell wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Behandlung?** nein ja

Art der Behandlung	Anzahl der Zyklen	Schwangerschaftseintritt
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Samenübertragung		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Künstliche Befruchtung (IVF)		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Auftauzyklus (Kryotransfer)		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Traditionelle Chinesische Medizin: Akupunktur		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Traditionelle Chinesische Medizin: Kräutertherapie		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Homöopathie		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Psychologische / psychotherapeutische Betreuung		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja



- **Wurde bei Ihnen bereits die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft?** nein ja

- Falls ja, dann mit welcher Methode, mit welchem Ergebnis und wann? _____ Jahr

- | | | |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ultraschall | <input type="radio"/> Bauchspiegelung (Laparoskopie) | <input type="radio"/> Röntgen |
| Eileiter links: | <input type="radio"/> durchgängig | <input type="radio"/> verschlossen |
| Eileiter rechts: | <input type="radio"/> durchgängig | <input type="radio"/> verschlossen |

- **Wurden bei Ihnen im Bauchraum, im Unterleib oder an der Brust Operationen durchgeführt?** nein ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Art der Operationen und wann sie durchgeführt wurde:

-
-
- **Sind bei Ihnen Erkrankungen des Unterleibs wie beispielsweise wiederkehrende Zysten an den Eierstöcken, Eileiterentzündungen oder Endometriose bekannt?** nein ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Erkrankungen und deren Zeitpunkt:

-
-
- **Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Monatsblutung?** _____ Jahre
 - **Wie lang ist der aktuelle Zyklus, d.h. der Abstand vom 1. Tag der Regelblutung bis zum 1. Tag der darauffolgenden Regelblutung?**
 - regelmäßig, alle _____ Tage
 - unregelmäßig, von _____ - _____ Tage/ Wochen/ Monate
 - **Wann hat Ihre letzte Periodenblutung (LR) begonnen?** _____ Datum
 - **Wie lange dauert die Periodenblutung?** _____ Tage
 - **Wie ist die Blutungsstärke der Periodenblutung?** schwach mittel stark sehr stark
 - **Wie ist die Farbe und Konsistenz der Blutungen?** dunkelrot hellrot
 - mit Klumpenabgang ohne Klumpenabgang nicht bekannt
 - **Haben Sie Schmierblutungen?** nein ja

- Falls ja, dann vor der Periodenblutung nach der Periodenblutung

- **Haben Sie Schmerzen während der Monatsblutung?** nein ja

- Falls ja, dann ergänzen Sie bitte:

- | | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Die Schmerzintensität ist: | <input type="radio"/> leicht | <input type="radio"/> mittel | <input type="radio"/> stark | <input type="radio"/> sehr stark |
| Schmerzmitteleinnahme: | | | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| <input type="radio"/> die Schmerzen bestehen bereits seit Beginn meiner Blutungen | | | | |
| <input type="radio"/> die Schmerzen bestehen seit ca. _____ Jahren | | | | |
| <input type="radio"/> die Schmerzen nehmen an Intensität in den letzten _____ Monaten / Jahren zu | | | | |

- **Spüren Sie Ihren Eisprung?** nein ja
- **Bemerken Sie in Zyklusmitte einen zunehmenden klaren, glasigen Ausfluss?** nein ja
- **Haben Sie Beschwerden wie Brustspannen, Stimmungsschwankungen, Rücken- oder Unterbauchschmerzen an den Tagen „vor den Tagen“?** nein ja

- Falls ja, wie lange halten die Beschwerden an: _____ Tage



• **Haben Sie in den letzten Jahren verhütet?**

nein

ja

- Falls ja, mit welcher Verhütungsmethode und wie lange?

Pille: _____ Jahre, Präparat(e):

Spirale: _____ Jahre

Sonstiges: _____

• **Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung?** _____ Monat _____ Jahr

• **Wurden Sie gegen folgende Krankheiten geimpft?**

- Falls ja, dann bringen Sie bitte Ihren Impfpass mit

Röteln nein ja,

ja,

1. Impfung: _____ Monat _____ Jahr

2. Impfung: _____ Monat _____ Jahr

Windpocken nein ja

Hepatitis B nein ja

• **Leiden Sie an einer der folgenden Beschwerden / Erkrankungen?**

- Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Schilddrüsenerkrankungen _____ Hashimoto-Thyreoiditis

Diabetes mellitus _____ insulinpflichtig

Bluthochdruck

Fettstoffwechselstörung / erhöhte Blutfettwerte

Chronische Kopfschmerzen

Migräne _____ mit Aura

Angstzustände, Panikattacken

Reizdarm

Sonstige Magen-, Darmerkrankungen

Asthma / chron. Bronchitis

Psychische Erkrankungen

Epilepsie

Anhaltende Schlafstörungen

Anhaltende Erschöpfung/Müdigkeit

Anhaltende Stressbelastung

Antriebslosigkeit

Stimmungsschwankungen

Nierenerkrankungen

Lebererkrankungen

Herz- / Kreislauferkrankungen

Thrombose / Embolie

Krebs / andere Tumore

Genetische Erkrankungen

• **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

nein

ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte das Präparat / die Präparate:



- **Nehmen Sie regelmäßig Mikronährstoffe ein?** nein ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Mineralstoffe / Vitamine / Probiotika:

- **Sind bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?** nein ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Wirksubstanz: _____

- **Haben Sie Allergien / Lebensmittelunverträglichkeiten?** nein ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Allergene / Lebensmittel:

- **Rauchen Sie?** nein ja

ja, _____ ja, 1-5 Zig./Tag ja, >5 Zig./Tag

- **Trinken Sie mehr als 4-mal pro Woche Alkohol?** nein ja

- **Nehmen Sie Drogen?** nein ja, selten ja, regelmäßig

- **Achten Sie auf Ihre Ernährung, ernähren Sie sich bewusst?**

nein ja, ausgeglichen
 ja, überwiegend Biokost ja, low carb ja, vegetarisch
 ja, vegan ja, _____

- **Sind Sie sportlich aktiv?** nein ja, gelegentlich ja regelmäßig, _____/Woche

- **Was machen Sie beruflich?** _____

- **Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?** nein ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte Belastungen:

Schichtarbeit Lärm
 fehlendes Tageslicht Andere: _____

- **Sind in Ihrer engeren Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen bekannt oder aufgetreten?** nein ja

- Falls ja, dann bitte ankreuzen:

Schilddrüsenerkrankungen Thrombose / Embolie
 Brustkrebs Darmkrebs
 Gebärmutterkrebs Osteoporose
 Genetische Erkrankungen Sonstiges: _____

...und eine letzte Frage: Wie bzw. durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Empfehlung Freunde / Bekannte Empfehlung des betreuenden Arztes: _____
 Internet / Webseite Sonstiges: _____

Berlin / Potsdam, den

Unterschrift Patient