



Anamnesefragebogen für die Paare der Kinderwunschsprechstunde

Sehr geehrtes Paar,

willkommen in der Kinderwunschsprechstunde der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg.
Wir möchten Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name, Geburtsname der Frau: _____

Vorname _____ Geburtsdatum ____/____/____

Geburtsort _____ Krankenversicherung _____

Straße, PLZ, Ort _____

Telefon _____ Handy _____

E-Mail _____ Fax _____

Beruf _____

Behandelnder Frauenarzt/ärztin _____

Name (ggf. Geburtsname) des Partners/ Ehemannes: _____

Vorname _____ Geburtsdatum ____/____/____

Geburtsort _____ Krankenversicherung _____

Straße, PLZ, Ort (falls abweichend) _____

Handy _____ E-Mail _____

Beruf _____

Bitte legen Sie Ihrer/ Ihrem behandelnden Ärztin/ Arzt den Fragebogen vor und besprechen Sie gegebenenfalls unklare Einzelheiten. Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Thomas Strowitzki
Ärztlicher Direktor der Abt. 4.2

Prof. Dr. med. Ariane Germeyer
Ltd. Oberärztin der Abt. 4.2

QR-Code * AÖE • äi° & Ä 4) } e Äv i äp d v ä HÄDE c v || v Ä v i • ä } Ä { v i Ä Ä Y d ääÖi° & ä äe { MÄHEU ECEG

♀ ♂ Fragen zum Paar

Kennen Sie Ihren Chromosomensatz?

Frau _____

Mann _____

Kennen Sie Ihre Befunde bzgl.:

Rötelschutz (Frau): _____ (wurden bei Ihnen Antikörper nachgewiesen?)

Windpockenschutz (Frau) _____ (wurden bei Ihnen Antikörper nachgewiesen?)

AMH-Wert (Frau) _____

Kennen Sie Ihre Blutgruppe?

Blutgruppe Frau _____

Blutgruppe Mann _____

Angaben zu Gewicht und Körpergröße

Frau: Gewicht _____ kg Größe _____ cm

Mann: Gewicht _____ kg Größe _____ cm

Sind Sie miteinander verwandt?

nein

ja

Wenn ja, wie: _____

Fragen zur Frau

Waren Sie schon einmal ernsthaft krank? _____

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Thrombose/Lungenembolie → Ursache: unbekannt _____

Bluthochdruck

Krampfadern

Schilddrüsenerkrankung: Unterfunktion (Hashimoto) Überfunktion

Zuckerkrankheit/**Diabetes**: Typ I/ Typ II → diätetisch eingestellt: ja/ nein

Migräne → ohne Aura/ mit Aura?

Krampfleiden/Epilepsie

Zysten im Eierstock?

Ist bei Ihnen eine **Endometriose** bekannt? ja nein

Unterleibsentzündungen? Wurden diese antibiotisch behandelt ja nein

Blinddarmentzündung

Andere _____

Gab es in Ihrer Familie Erkrankungen?

Sind folgende Erkrankungen bei Ihren Geschwistern/ Eltern/Großeltern bekannt? (Alter)

Thrombose _____ Embolie _____ Herzinfarkt _____

sonstige Gerinnungsstörungen (ggf. welche?) _____

Krebserkrankungen (ggf. welche?) _____

Zuckerkrankheit/**Diabetes**: Typ I/ Typ II: _____

Sonstige _____

Fragen zum Zyklus

Wie alt waren Sie bei Ihrer **ersten Monatsblutung**? ca. _____ Jahre

In **welchen Abständen** haben Sie **Periodenblutungen** (vom 1. Tag der Regel bis zum 1. Tag der nächsten Regel)? zwischen _____ und _____ Tagen

zurzeit habe ich **keine** Periodenblutung

Wie **viele Tage** dauert die **Periodenblutung** durchschnittlich? _____ Tage

Wann begann Ihre letzte Periodenblutung? am _____

Haben Sie **Schmerzen während Ihrer Periodenblutung**?

nein/ ja, dann nehme ich: _____

Haben Sie **Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?** nein ja
 Haben Sie **Schmerzen beim Wasserlassen?** nein ja
 Haben Sie **Schmerzen beim Stuhlgang?** nein ja

Haben Sie **Schmierblutungen?**

nein ja → vor oder nach der Blutung dazwischen: _____

Wie haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?

Pille nein ja von _____ bis _____ welche _____

Hatten Sie Nebenwirkungen durch Hormone: nein ja, welche: _____

Spirale nein ja von _____ bis _____

Sonstiges nein ja von _____ bis _____

mit welcher Methode? _____

Haben Sie sich sterilisieren lassen? nein ja wann? _____(Jahr)

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche?

Jahr	Art der Operation	Besonderheiten/ Befunde

Wann war Ihre **letzte Krebsvorsorge?** _____ (Monat/Jahr)

Ergebnis: unauffällig: ja nein: _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammografie durchgeführt ja nein Jahr _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt ja nein Jahr _____

ORG } * AOE • ai' & A 4) } e h v i a p d o h a q EAO c v | | v A x i • q } h { v i h A j Y d a a i i ' & a a e { M A H E U J E B E G

Schwangerschaften

Waren Sie schon einmal schwanger? ja nein

Machen Sie bitte Angaben über die bisherigen Schwangerschaftsverläufe:

Jahr	Jetziger Partner	Verlauf (Probleme im Verlauf? Abort? Abbruch?)	Geburtsmodus (Spontangeburt/Kaiserschnitt)
	ja nein		
	ja nein		
	ja nein		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Welche _____

Rauchen Sie? nein ja Wenn **ja**: seit wann? _____ Zigaretten/Tag _____

Rauchen Sie E-Zigaretten? nein ja Wenn **ja**: seit wann? _____ Zigaretten/Tag _____

Nehmen Sie sonstige Drogen? nein ja: Wenn **ja**, welche (z.B. Marihuana)? _____

Trinken Sie Alkohol? nie selten gelegentlich regelmäßig

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? nein ja

Welche? _____

08:08 } * ÆOE • äi° & Ä 4) } e Äv i æp d ä ÄÖE c v || v Ä v i • ä } Ä { v i Ä Ä Y d æÖi° & ä æ { ÄÄÄÄÄ ÄÖÖ

