

**Zentrum für
Reproduktionsmedizin und Pränataldiagnostik
Dr. med. R. Mai – Dr. med. L. Mulfinger – Dr. med. F. Jakob**

Gynäkologischer Anamnesebogen

Name _____ Vorname _____ geb. Datum _____

Verheiratet: ja nein seit: _____

Kinderwunsch besteht seit _____, d.h. seit: _____ Jahren

Beruf: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Vorausgegangene Erkrankungen:

Thrombose oder Embolie:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Eileiterentzündung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Blutungsneigung nach Eingriffen oder bei Verletzungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Z.n. Einlage einer Spirale:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schilddrüsenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Ovarielle Zystenbildung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zuckerkrankheit (Diabetes):	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Überstimulationssyndrom:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstiges:		
Epilepsie:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Migräne:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			

Anamnese:

Wie alt waren Sie bei der ersten Periodenblutung: _____ Jahre

Zykluslänge: _____ (Tage), Blutungsdauer: _____ (Tage)

Haben Sie Schmerzen vor/während der Blutung: ja nein

Haben Sie in den letzten Monaten oder Jahren die morgendliche Aufwachtemperatur gemessen
und Temperaturkurven geführt: ja nein

Falls ja, steigt die Temperatur in der 2. Zyklushälfte ja nein

Rauchen Sie, wenn ja wie viel täglich _____

Haben Sie Allergien, wenn ja welche _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein _____

Arbeiten Sie mit giftigen Substanzen _____

Wurde bei Ihnen ein HIV- und Hepatitis-Test (Leberentzündung)/ Hepatitis Impfung durchgeführt?

Wenn ja, wo und wann zuletzt _____

Liegt bei Ihnen eine ausreichende Immunität gg. Keuchhusten, Windpocken und Röteln vor? (Impfung nicht älter
als 10 Jahre / Impfbuch)

Familienanamnese:

Traten in Ihrer Familie besondere Erkrankungen auf _____

Besteht zwischen Ihnen und Ihrem Partner ein Verwandtschaftsverhältnis _____

Wurde bei Ihnen eine Erbgutanalyse durchgeführt? Wenn ja, durch welchen Arzt und wo _____

Gibt es in Ihrer Familie vermehrt:

Fehlgeburten:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Behinderte Kinder (geistig/körperlich)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Früh verstorbene Kinder	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Eineiige Zwillinge	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

BITTE WENDEN

Schwangerschaften und Geburten:

(Abort = Fehlgeburt) (Abruptio = Schwangerschaftsabbruch) (EU = Eileiterschwangerschaft)

Jahr	Geburt	Abort	Abruptio	EU	dieser Partner	Kinderwunsch- behandlung
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bisherige Sterilitätstherapie:

Wurde eine Vorbehandlung wegen Sterilität vorgenommen: ja nein

Dabei verwendete Medikamente, bitte das entsprechende Ankreuzen:

- Menogon Merial
- Pergoveris Gonol F Puregon
- Clomifen Brevacid Predalon Synarela Suprecur
- Decapeptyl Zoladex Enantone

sonstige Medikamente: _____

Wieviele Zyklen haben Sie diese Medikamente genommen und wann: _____

Sind bereits Inseminationen oder IVF-/ICSI-Behandlungen vorgenommen worden, wenn ja wann: _____

Operative Eingriffe:

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Wenn ja:

Art des Eingriffs _____ Jahr _____ Welches Krankenhaus _____

1. _____
2. _____
3. _____

Ist bei Ihnen schon einmal die Eileiterdurchgängigkeit untersucht worden? ja nein

Falls ja: Röntgendiagnostik Bauchspiegelung Ultraschall-Echovist

Geben Sie bitte auch den Befund an: _____

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden:

- Fachärzte: Frauenarzt Urologe Hausarzt Fernsehen Presse
- Internet Bekannte andere: _____

Für Rückfragen benötigen wir Ihre Telefon-Nummern Email - Adresse: _____

Privat: _____ / _____ geschäftlich: _____ / _____ Handy: _____ / _____

Email: _____

Bitte teilen Sie uns die genauen Adressen Ihrer behandelnden Ärzte mit !

Frauenarzt:

Name _____ Straße _____ PLZ / Ort _____ Tel. _____

Hausarzt:

Name _____ Straße _____ PLZ / Ort _____ Tel. _____