



## PI-96 Anamnesebogen Kinderwunsch

Sie haben in unserer Praxis einen Termin für ein ausführliches Vorgespräch und eventuelle Untersuchungen vereinbart. Zur Vorbereitung bitten wir Sie, diesen Fragebogen möglichst umfassend zu beantworten und zum Gespräch mitzubringen.

Normalerweise erfolgt die Überweisung für beide Partner durch Ihren Frauenarzt, seltener durch Urologen oder Hausärzte. Auch für privatversicherte Patienten ist eine Überweisung sinnvoll. Sie erleichtert die Kommunikation mit Ihrem Überweiser. Eine effektive Zusammenarbeit mit ihm kann Ihnen Zeit und Wege ersparen. Bitte bringen Sie alle OP-Berichte, Laboranalysen und Arztbriefe mit, die von Bedeutung sein könnten. Sie bekommen diese Unterlagen noch am gleichen Tag zurück, nachdem wir sie in unser digitales Praxisarchiv übernommen haben. Bitte sortieren Sie diese Unterlagen vorab getrennt nach Frau / Mann und zeitlicher Abfolge.

Falls Sie den vereinbarten Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie - auch bei kurzfristiger Verhinderung - Ihren Termin abzusagen (0381/44012030).

### Ihre Personalien:

<b>Frau</b>	<b>Mann</b>
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geboren am:                      Alter:	Geboren am:                      Alter:
Str./Nr.:	Str./Nr.:
PLZ/ Ort:	PLZ/ Ort:
Telefon Festnetz:	Telefon Festnetz:
Telefon mobil:	Telefon mobil:
e-Mail:	e-Mail:
Beruf: Schichtarbeit ?	Beruf: Schichtarbeit ?
Gynäkologe:	Urologe:

Seit wann besteht Ihre Partnerschaft?                      Monat:                      Jahr:

Sind Sie verheiratet? Wenn ja, seit wann?                      Monat:                      Jahr:

Wie lange besteht Kinderwunsch in dieser Partnerschaft?                      Monat:                      Jahr:

(und ggf. davor bereits in anderer Partnerschaft?)

### Vorgeschichte (Anamnese) Frau:

Gewicht:                      kg                      Größe:                      cm

Seit wann verhüten Sie nicht mehr?                      Monat:                      Jahr:

Haben Sie schon einmal eine Antibabypille eingenommen?                      Ja:                       Nein:

Name der Pille	von - bis	Verträglichkeit

Ist jemals eine Spirale gelegt worden?                      Ja:                       Nein:

Wenn ja, von wann bis wann und welche?



Welche Medikamente nehmen sie regelmäßig ein?

Name des Medikamentes	Dosis	Warum?	Seit wann?

Ist die Blutgruppe bekannt? Ja:  Nein:   
Wenn ja, bringen Sie bitte den Blutgruppenausweis / Mutterpass mit

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Ja:  Nein:   
Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel am Tag? Ja:  Nein:

Haben oder hatten sie Alkohol- / Drogenprobleme oder Medikamentenabhängigkeiten? Ja:  Nein:   
Wenn ja, welche?

Wurden bei Ihnen genetische Untersuchungen durchgeführt? Ja:  Nein:

### Menstruationszyklus

Wie alt waren Sie bei der ersten Regelblutung? Jahre

Ist Ihr Zyklus regelmäßig? Ja:  Nein:

Wie viele Tage liegen durchschnittlich zwischen dem ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Regelblutung? Tage

Wie viele Tage dauert die Regelblutung durchschnittlich? Tage

Haben Sie während der Regelblutung Schmerzen / Beschwerden? Ja:  Nein:   
(Notwendigkeit von Schmerzmedikation, Krankschreibung?)

Wann war der erste Tag der letzten Regelblutung?

### Sexuelle Aktivität des Paares

Haben Sie Schmerzen oder Blutungen beim bzw. nach dem Geschlechtsverkehr? Ja:  Nein:

Haben Sie zum Zeitpunkt des Eisprungs der Partnerin die Möglichkeit zum Geschlechtsverkehr? Ja:  Nein:

Gibt es Probleme bei der Libido oder der Orgasmusfähigkeit? Ja:  Nein:

Haben Sie Störungen bei der Erektion und / oder der Ejakulation bemerkt? Ja:  Nein:



**Schwangerschaftsanamnese**

Waren Sie schon einmal schwanger?

Ja:  Nein:

Wann? (Monat / Jahr)	/	/	/	/	/
spontan schwanger geworden:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit medizinischer Hilfe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit jetzigem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
mit früherem Partner	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Geburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fehlgeburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eileiterschwangerschaft	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Abbruch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Spontangeburt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saugglocke (VE) / Forceps	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kaiserschnitt (Sectio)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kind gesund?	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"/>

**Sonstige gynäkologische Erkrankungen und Operationen:**

Sind Sie schon einmal im Genitalbereich operiert worden oder erkrankt?  
Wenn ja, welche OP:

Ja:  Nein:

Wurde Ihnen jemals eine Entzündung des Unterleibes (Adnexitis, Endometritis) behandelt?

Ja:  Nein:

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Chlamydieninfektion diagnostiziert?

Ja:  Nein:

Bauchspiegelung (Laparoskopie)

Ja:  Nein:

Wann?	Was wurde operiert?	Wo? (Arzt / Krankenhaus)

Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter durch eine Bauchspiegelung (HSK + Chromo-LSK) überprüft?

Wann?	Durchgängigkeit?	Wo? (Arzt / Krankenhaus)
	Ja: <input type="radio"/> Nein: Verschluss links <input type="radio"/> Verschluss rechts <input type="radio"/>	

Ultraschallprüfung der Eileiter mit Kontrastmittel (HyCoSy):

Wann?	Durchgängigkeit?	Wo? (Arzt / Krankenhaus)
	Ja: <input type="radio"/> Nein: Verschluss links <input type="radio"/> Verschluss rechts <input type="radio"/>	

Wurde bei Ihnen Endometriose festgestellt?

Ja:  Nein:



Wann war die letzte Krebsvorsorge?

Monat:      Jahr:

**Sonstige Erkrankungen oder Operationen Frau:**

Sind bei Ihnen Störungen der Blutgerinnung bekannt?

Ja:       Nein:

Ist jemals eine Thrombose aufgetreten?

Ja:       Nein:

Liegt bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung vor?

Ja:       Nein:

Wenn ja, welche?

Welche weiteren Erkrankungen oder Operationen sind Ihnen bekannt?

Wann?	Erkrankungen / Operationen	Wo? (Arzt / Krankenhaus)

**Bisher durchgeführte Kinderwunsch-Behandlungen:**

Bitte tragen sie folgende Therapieformen ein (CC = Clomifen, VZO, IUI = Insemination, IVF, ICSI, Kryo-Zyklus)

Monat / Jahr	Therapieform	Medikamente?	Wo / Arzt?	Schwanger?	
				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"/>

**Familienanamnese Frau:**

Sind vererbare Erkrankungen in Ihrer Familie bekannt?

Ja:       Nein:

Wenn ja, welche?

Haben sich bei Ihren Geschwistern oder Eltern Thrombosen ereignet, liegt ein Diabetes, eine Schilddrüsenerkrankung oder eine Krebserkrankung vor?

Ja:       Nein:

Wenn ja, welche Erkrankungen?

**Vorgeschichte (Anamnese) Mann**

Gewicht:                      kg                      Größe:                      cm

Ist die Blutgruppe bekannt? Wenn ja, bringen Sie bitte den Blutgruppenausweis mit

Ja:       Nein:

Sind bei Ihnen Allergien bekannt? Wenn ja, welche?

Ja:       Nein:

Haben Sie Kinder aus einer anderen Beziehung? Wann?

Ja:       Nein:

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele am Tag?

Ja:       Nein:

Haben / hatten Sie Alkohol- / Drogenprobleme oder Medikamentenabhängigkeiten?  
Wenn ja, welche ?

Ja:       Nein:

Wurden bei Ihnen genetische Untersuchungen durchgeführt?

Ja:       Nein:





## Hier finden Sie unsere Praxis:

Praxis für Fertilität  
Südring 81, 18059 Rostock

[www.ivf-rostock.de](http://www.ivf-rostock.de)

Telefon: (0381) 4401-2030  
Telefax: (0381) 4401-2031  
[info@ivf-rostock.de](mailto:info@ivf-rostock.de)

Reproduktionsmedizinisches Labor  
Telefon: (0381) 4401-2040  
Telefax: (0381) 4401-2051  
[labor@ivf-rostock.de](mailto:labor@ivf-rostock.de)

Öffentliche Verkehrsmittel und Ihre Haltepunkte:  
Deutsche Bahn: Rostock Hbf  
Straßenbahn Linie 6 bis Klinikum Südstadt

