



Anamnesebogen bei Kinderwunsch

Liebe Patientin,

Herzlich Willkommen in unserer Praxis! Sie helfen uns mit dem möglichst vollständigen Ausfüllen dieses Bogens, einen Überblick über Ihre Vorgeschichte zu erhalten und unsere Behandlung besser auf Sie abzustimmen.

Ihre Körpergröße: cm

Ihr Körpergewicht: kg

zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit:

Sind Sie gegen folgende Erkrankungen geimpft? Wenn ja, wann erfolgte die letzte Impfung?

Hepatitis A / B ☐ nein ☐ ja, wann

Tetanus /Diphterie/ Keuchhusten ☐ nein ☐ ja, wann

Polio ☐ nein ☐ ja, wann

HPV: ☐ nein ☐ ja, wann.....

Covid 19 ☐ nein ☐ ja, wann

Masern, Mumps, Röteln ☐ nein ☐ ja, wann

Sonstige Impfungen ☐ nein ☐ ja, welche

Rauchen Sie? nein ja, Zigaretten pro Tag

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Woche?

Sind bei Ihnen Allergien bekannt, z.B. Medikamente, Lebensmittel, Hausstaub/Pollen, Latex?

☐ nein ☐ ja, gegen Folgendes

Angaben zum Kinderwunsch

Wann war Ihre letzte gyn. Untersuchung / Krebsvorsorge?

Wann hatten Sie Ihre erste Periode? Im Alter von Jahren Letzte Periode

Ist Ihre Periode/ Monatszyklus regelmäßig? ☐ ja ☐ nein

Wie lange ist Ihr Zyklus? Zwischen und Tage

Wie viele Tage dauert Ihre Blutung? Tage

Wie stark ist Ihre Periode? ☐ leicht ☐ mittel ☐ stark

Verhüten Sie aktuell? ☐ nein ☐ ja, mit folgendem Verhütungsmittel

Seit wann besteht für Sie der Wunsch Schwanger zu werden?

Sind Sie deswegen bereits behandelt worden? ☐ ja ☐ nein

Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft? ☐ ja ☐ nein

Hatten Sie bereits eine hormonelle Stimulation?

☒ nein

☒ Falls ja, wann und wie oft

Hatten Sie bereits eine Inseminationsbehandlung?

☒ nein

☒ Falls ja , wann und wie oft

Hatten Sie eine vorausgegangene IVF-und/oder ICSI Behandlung?

☒ nein

☒ Falls ja, wann und wie oft

Allgemeine Angaben

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein und wenn ja in welcher Dosis

Medikamente	Dosis	seit

Hatten Sie bereits Fehlgeburten/ Schwangerschaftsabbrüche/ Eileiterschwangerschaften?

Datum	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiterschwangerschaft

Haben Sie bereits Kinder geboren?

Datum	Geburtsart	Geburtsgewicht	Komplikationen

Bestehen bei Ihnen Vorerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Migräne, Kopfschmerzen)?

☐ nein ☐ ja, welche

Hatten Sie bereits Operationen? ☐ nein ☐ ja, folgende

Datum	Art der Operation

Angaben zum Partner/Partnerin

Ihre Körpergröße: cm

Ihr Körpergewicht: kg

Sind bei Ihnen Allergien bekannt z.B. Medikamente, Lebensmittel, Hausstaub/Pollen, Latex?

☐ nein ☐ ja, gegen Folgendes

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein und wenn ja in welcher Dosis

Medikamente	Dosis	seit

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, Zigaretten pro Tag

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Woche?

Wann war die letzte urologische/ andrologische Untersuchung?

Wurde bereits ein Spermogramm durchgeführt? ☐ nein

☐ Ja, am Ergebnis

Ist in einer anderen Partnerschaft eine Schwangerschaft eingetreten? ☐ ja ☐ nein

Bestand in einer anderen Partnerschaft bereits unerfüllter Kinderwunsch? ☐ ja ☐ nein

Hatten oder haben Sie folgende urologische/andrologische Erkrankungen oder Eingriffe? ☐ nein

☐ Hodenhochstand ☐ Hodenentzündungen ☐ Refertilisierung ☐ Leistenbruch

☐ Hodentumor ☐ Hodenbiopsie