

Anamnese Patientin (Frau)

Pat ID: _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Mobil _____

Email _____

Versicherung _____

Beruf _____

Frauenarzt _____

Hausarzt _____

Behandelnder Onkologe/Krankenhaus _____

Familienstand verheiratet In Partnerschaft ledig

geplante fertilitätsschädigende Therapie aufgrund: Tumor/Krebserkrankung Transidentität

Welche Tumor/Krebserkrankung liegt vor? _____

Ist eine Chemotherapie geplant? nein ja, welche? _____

Wann soll die Chemotherapie starten? _____

Ist eine Operation geplant? Wenn ja, wann? ja, am _____ nein

Bitte fügen Sie, wenn vorhanden, einen vorläufigen Brief, oder den Bericht der Tumorkonferenz hinzu!

Ich werde aktuell stationär im Krankenhaus behandelt ja nein

Bitte beachten: eine Abrechnung über die gesetzliche Krankenversicherung ist während eines stationären Aufenthaltes NICHT möglich!

Bisherige Schwangerschaften: ja nein

Jahr	Geburt/Fehlgeburt/Abbruch	Kinderwunschbehandlung?

Operationen im Bauchraum: _____

Bekannte (internistische oder sonstige) Erkrankungen: _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein (z.B. L-Thyroxin)? _____

Medikamenten-Allergie z.B. Penicillin: nein ja, welche? _____

Andere Allergien z.B. Latex: nein ja, welche? _____

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung? _____

Aktuelle Zyklusdauer sowie Blutungsdauer in Tagen (z. B. 28/4-5): _____

Wann war Ihre letzte Monatsblutung? _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Rauchen Sie? nein ja _____ Zigaretten/Tag

Konsumieren Sie andere Suchtmittel? z. B. THC o. ä. nein ja, welche? _____

Waren Sie in den letzten 6 Monaten in Ländern in denen z.B. eine Malaria- oder Trypanosoma cruzi Exposition o.ä. besteht im Urlaub? (Afrika, Lateinamerika, Asien, Ozeanien: Papua-Neuguinea, Süden der USA)

nein ja, wo? _____

Besteht bei Ihnen ein möglicher HTLV-I-Risikohintergrund, durch beispielsweise Herkunft aus einem Gebiet mit hoher Prävalenz (Japan) oder durch Sexualpartner bzw. Eltern aus einem entsprechenden Gebiet?

nein ja, wieso? _____

Waren Sie jemals an sexuell übertragbaren Krankheiten erkrankt oder bestand der Verdacht

(z.B.Chlamydieninfektion, Gonorrhoe, Genitalwarzen, Syphilis, HIV, HEP C usw.)?

nein ja, welche? _____

Ki.Nd – Kinderwunschzentrum Niederrhein
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
Madrider Str.6 • 41069 Mönchengladbach
Tel.: 02161/49686-0 • Fax: 02161/49686-19
E-Mail: info@ki-nd.de • Website: www.ki-nd.de



Sonstige Informationen/Anmerkungen:

Datum: _____

Unterschrift: _____