

Anamnese Patientin (Frau)

Pat ID: _____

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Mobil _____

Email _____

Versicherung _____

Beruf _____

Seit wann besteht Ihr Kinderwunsch? _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Frauenarzt/-ärztin Urologe Google Instagram Facebook Bekanntenkreis _____

Frauenarzt _____

Hausarzt _____

Sind Sie verheiratet? ja nein

Bisherige Schwangerschaften: ja nein

Jahr	Geburt/Fehlgeburt/Abbruch	Kinderwunschbehandlung

Operationen im Bauchraum: _____

Bekante (internistische oder sonstige) Erkrankungen: _____

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

Nehmen Sie Folsäure ein? nein ja

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

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

Rötelnimpfung oder Titer-Bestimmung vorhanden? nein ja (*bitte Kopie beifügen*)

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? _____

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? PAP-Ergebnis? _____ (*bitte Befund beifügen*)

Vorbehandlungen: nein ja

Jahr	Zentrum	Art der Therapie	Medikamente	Schwangerschaft

2

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? _____

Wurden bereits genetische Untersuchungen durchgeführt? (z.B. Chromosomenanalyse) nein ja (*bitte Befund beifügen*)

Sonstige Informationen/Anmerkungen: _____

Pat ID: _____

Datum: _____