

**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: \_\_\_\_\_