

♀ Anamnesefragebogen Frau

Bitte füllen Sie die Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an. Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.

|            |  |
|------------|--|
| Name:      |  |
| Geb.name:  |  |
| Vorname:   |  |
| Geb.datum: |  |
| Geb.ort:   |  |
| Straße:    |  |
| PLZ/Ort:   |  |
| Telefon:   |  |
| Beruf:     |  |
| E-Mail     |  |

Sind Sie miteinander verheiratet? Ja  Nein

Seit wann besteht Ihre jetzige Lebenspartnerschaft?  
\_\_\_\_\_ (Jahr)

Seit wann haben Sie einen Kinderwunsch?  
\_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?

- ca. \_\_\_\_\_ Mal pro Woche
- ca. \_\_\_\_\_ Mal pro Monat

Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?

Nein  Ja, seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Falls ja, wie viele Ärzte haben Sie bereits aufgesucht?  
\_\_\_\_\_ Ärzte

| Art der Behandlung                                  | Anzahl Zyklen | Schwangerschaft  |
|---|---------------|--|
| Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung            | _____         | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |
| Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung | _____         | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |
| Insemination (mit Sperma des Partners)              | _____         | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |
| Insemination (mit Spendersperma)                    | _____         | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |
| Künstliche Befruchtung (IVF)                        | _____         | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |
| Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)    | _____         | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |
| Auftauzyklus (Kryotransfer)                         | _____         | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |

|        |       |  |
|--------|-------|--|
| GIFT   | _____ | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |
| andere | _____ | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |

Falls Sie bereits vorausgegangene Stimulationen oder Inseminationen hatten, welche Medikamente haben Sie dafür enthalten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Gab es dabei Komplikationen?

- Nein  Überstimulationssyndrom  
 Blutungen  sonstige (welche?)
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Vorausgegangene IVF oder ICSI Behandlungen\*

\*falls Sie bereits mehr als vier IVF- oder ICSI-Behandlungen hatten, bitte hier die letzten vier angeben

| # | Jahr | IVF                      | ICSI                     | Anzahl Eizellen punktiert | Anzahl Embryonen transferiert | Anzahl eingefroren | Schwangerschaft  |
|---|------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------|--|
| 1 |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |                               |                    | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

\_\_\_\_\_

| # | Jahr | IVF                      | ICSI                     | Anzahl Eizellen punktiert | Anzahl Embryonen transferiert | Anzahl eingefroren | Schwangerschaft  |
|---|------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------|--|
| 2 |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |                               |                    | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

\_\_\_\_\_

| # | Jahr | IVF                      | ICSI                     | Anzahl Eizellen punktiert | Anzahl Embryonen transferiert | Anzahl eingefroren | Schwangerschaft  |
|---|------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------|--|
| 3 |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |                               |                    | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |

Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?

\_\_\_\_\_

| # | Jahr | IVF                      | ICSI                     | Anzahl Eizellen punktiert | Anzahl Embryonen transferiert | Anzahl eingefroren | Schwangerschaft  |
|---|------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|-------------------------------|--------------------|--|
| 4 |      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                           |                               |                    | <input type="checkbox"/> Ja<br><input type="checkbox"/> Nein |

♀ **Anamnesefragebogen Frau**

**Welche Medikamente haben Sie hier erhalten?**

---

**Gab es bei IVF-/ICSI-Therapien Komplikationen?**

- Nein  Überstimulationssyndrom  
 Blutungen  sonstige (welche?)

**Wurden Eileiter bereits überprüft?**

- Nein  Ja (wann?) \_\_\_\_\_

• **falls ja, mit welcher Methode?**

- Ultraschall  Röntgen  Bauchspiegelung

• **mit welchem Ergebnis?**

- |                                       |                                       |
|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Eileiter links:                       | Eileiter rechts:                      |
| <input type="checkbox"/> durchgängig  | <input type="checkbox"/> durchgängig  |
| <input type="checkbox"/> verschlossen | <input type="checkbox"/> verschlossen |

**Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?**

- Nein  Ja (welche?) \_\_\_\_\_ Jahr

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

**Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?**

\_\_\_\_\_ (Jahr)

**Wann war Ihre letzte Mammographie?**

\_\_\_\_\_ (Jahr)

**Waren Sie bereits schwanger?**

- Nein  Ja

| Jahr  | Geburt?                  | Fehlgeburt?              | Abbruch?                 | Mit<br>jetzigem<br>Partner?                                  | Nach Kinderwunsch-<br>behandlung?                            |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja |
| _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein<br><input type="checkbox"/> Ja |

**Traten Komplikationen auf?**  Nein  Ja

**In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?:** mit \_\_\_\_\_ Jahren

**Wann begann Ihre**

**Brustentwicklung:** mit \_\_\_\_\_ Jahren

**Achsel- und Schambehaarung:** mit \_\_\_\_\_ Jahren

**Haben Sie einen Empfängnischutz betrieben?**

**Pille:**  Nein  Ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Spirale:**  Nein  Ja von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Haben Sie sich sterilisieren lassen?**

Nein  Ja (wann?) \_\_\_\_\_

**Gab es Komplikationen?**

Nein  Ja (welche?)

**Haben Sie bereits Ihre Basaltemperatur zur Bestimmung der fruchtbaren Tage gemessen?**

- Nein  Ja

• **mit welchem Ergebnis?**

- unauffällig  auffällig

**Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?**

regelmäßig zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen

unregelmäßig zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen

zurzeit keine Regelblutung

Seit \_\_\_\_\_  Tagen  Wochen  Monaten

**Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt?**

• zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tage

**Wie lange ist die Blutungsstärke der Regel?**

leicht  mittel  stark

**Haben Sie Zwischenblutungen?**  Nein  Ja

• **oder haben Sie Schmierblutungen vor bzw. nach der Regel?**

Nein  Ja (vorher)  Ja (nachher)

**Haben Sie Schmerzen während der Periode?**

Nein  leicht  mittel  stark

**Wie häufig?**  selten  öfter  immer

**Einnahmen von Schmerztabletten?**  Nein  Ja

♀ **Anamnesefragebogen Frau**

**Wann beginnen die Schmerzen?**

vor...  mit... dem Einsetzen der Blutung

**Wann sind die Schmerzen am stärksten?**

vor...  mit... dem Einsetzen der Blutung

**Haben Sie seit Ihrer ersten Monatsblutung Schmerzen?**

Nein  Ja

**Haben Sie sonstige Unterleibschmerzen?**

Nein  selten  öfter  immer

**Schmerzen beim Wasserlassen?**  Nein  Ja

**Schmerzen beim Stuhlgang?**  Nein  Ja

**Blutbeimengungen im Urin?**  Nein  Ja

**Blutbeimengungen im Stuhl?**  Nein  Ja

**Schmerzen beim Verkehr?**  Nein  Ja

**Bemerken Sie in den Tagen vor Einsetzen der Monatsblutung folgende Symptome?**  Nein

|                                    | Leicht                   | mittel                   | stark                    |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Blähbauch/Völlegefühl              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Niedergeschlagenheit/Depressionen  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Migräne                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gewichtszunahme                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwellungen von Händen/Füßen      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brustspannen/empfindl. Brustwarzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft oder Stillzeit, einmal den Austritt von Sekret aus Ihrer Brust bemerkt?**

Nein  Ja  Ja, jedoch nur an Provokation

- **seit wann?** \_\_\_\_\_
- **auf welcher Seite?**  einseitig  beidseitig
- **von welcher Farbe?** \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter folgenden Symptomen?**  Nein

**Akne:**  Leicht  mittel  stark

- **seit wann?** \_\_\_\_\_
- **wo?**  Gesicht  Rücken  Brustkorb

**Verstärkter Haarausfall:**  Leicht  mittel  stark

- **seit wann?** \_\_\_\_\_

**Zunahme der Körperbehaarung:**  Leicht  mittel  stark

- **seit wann?** \_\_\_\_\_

- **wo?**  Gesicht  Rücken  Brustkorb  
 Beine  Arme  Bauch

**Wie sind Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?**

Gewicht (Kilo): \_\_\_\_\_ Größe (cm): \_\_\_\_\_

**Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich?**

1-2  3-4  mehr als 4

**Wie ernähren Sie sich?**

Mischkost  vegetarisch  eher einseitig

**Treiben Sie Sport?**

nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

- **falls ja, welche Sportarten?**

**Trinken Sie Alkohol?**

nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

**Rauchen Sie?**

Nein  1-5 Zigaretten/Tag  
 6-10 Zigaretten/Tag  11-15 Zigaretten/Tag  
 16-20 Zigaretten/Tag  mehr als 20 Zigaretten/Tag  
Anzahl: \_\_\_\_\_

**Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)?**

Nein  Ja

- **welche?** \_\_\_\_\_
- **Wie oft?** \_\_\_\_\_

**Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?**

Nein  Ja

**Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?**

Nein  Schichtarbeit  
 Lärm  fehlendes Tageslicht  
 Stäube  schwere körperliche Belastung  
 Chemikalien  Gase/Aerosole

**Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?**

**Haben Sie eine Allergie gegen Penicillin?**

Nein  Ja

**Haben Sie andere Allergien?**  Nein  Ja (welche?)

♀ **Anamnesefragebogen Frau**

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. dagegen?

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden?  Nein

seit (Jahr)

Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit) \_\_\_\_\_

• insulinpflichtig?  Nein  Ja

Epilepsie \_\_\_\_\_

Unterleibsschmerzen \_\_\_\_\_

Asthma/chron. Bronchitis \_\_\_\_\_

Magen-/Darmerkrankung \_\_\_\_\_

Nierenerkrankung \_\_\_\_\_

Nebennierenerkrankung \_\_\_\_\_

Lebererkrankung \_\_\_\_\_

Herz-/Kreislauf-/Gefäßerkrankung \_\_\_\_\_

Thrombosen \_\_\_\_\_

Krebs/andere Tumore \_\_\_\_\_

• Welche? \_\_\_\_\_

Kopfschmerzen/Migräne \_\_\_\_\_

Leiden Sie insbesondere an folgenden Beschwerden?  Nein

Leicht mittel stark

Schlaflosigkeit/nächtliche Unruhe

Allg. Müdigkeit/Leistungsabfall

Reizbarkeit/Nervosität

Stress (allgemein)

Stress (am Arbeitsplatz)

Partnerschaftskonflikte

Ängstlichkeit/Depressionen

Seelische Erkrankung

Hitzewallungen/Schweißausbrüche

fleckige Hautrötungen

trockene Scheide

Leicht mittel stark

Herzklopfen

Bluthochdruck

Krampfadern

Eierstockzysten

Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?

Nein  Ja (wann?) \_\_\_\_\_

• falls ja, mit welcher Methode?

Ultraschall  radiologisch  Bluttest

• mit welchem Ergebnis?

unbekannt  ohne Befund  auffällig

• falls auffällig, mit welchem Befund?

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

Nein  Ja (welche?)

Wurden, außer im Bauchraum oder Unterleib, bereits andere Operationen durchgeführt?

Nein  Ja (welche?) **Jahr**

Leiden Sie an weiteren Begleiterkrankungen und welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein?

Nein  Ja (welche?)

Begleiterkrankung

Medikamente

| Begleiterkrankung | Medikamente |
|-------------------|-------------|
|                   |             |
|                   |             |
|                   |             |

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?

Nein  Ja, mütterlicherseits (welche?)

Ja, väterlicherseits (welche?)

Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt?

Nein  Ja

• mit welchem Ergebnis?

unauffällig  auffällig

♀ **Anamnesefragebogen Frau**

**Wurde ein genetischer Test auf cystische Fibrose (CFTR) durchgeführt?**

Nein  Ja

• **mit welchem Ergebnis**

unauffällig  auffällig

---

**Sind Sie bereits gegen Röteln geimpft?**

Nein  Ja

---

**Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?**

\_\_\_\_\_

**Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?**

\_\_\_\_\_

---

**Bemerkungen**

---

Datum/Unterschrift Patientin