

## Anamnesefragebogen Angaben der Frau ♀

Datum Erstgespräch:

Arzt:

Überweiser:

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

Name:	
Geb.-Name:	
Geb.-Ort:	
Vorname:	
Adresse:	
☎ privat:	
☎ mobil	
Beruf:	

**1 Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. **Alter:** \_\_\_\_\_

**2 Sind Sie miteinander verheiratet?** ja: ☐ nein: ☐  
**Standesamtliches Heiratsdatum:** \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_

**3 Seit wann haben sie einen Kinderwunsch?**  
\_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

**4 Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?**  
ca. \_\_\_\_\_ Mal pro Woche ca. \_\_\_\_\_ Mal pro Monat

**5 Ihr Körpergewicht und Ihre Größe**  
Gewicht (Kilo): \_\_\_\_\_ Größe (cm): \_\_\_\_\_

**6 Rauchen Sie?** ☐ ja, täglich (Anzahl) \_\_\_\_\_ Zigaretten ☐ nein

**7 Trinken Sie Alkohol?** ☐ ja wie oft? \_\_\_\_\_ ☐ nie

**8 Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen), Energiedrinks, Aufputsch- oder Dopingmittel?**  
☐ nein  
☐ ja welche? \_\_\_\_\_  
wie oft? - \_\_\_\_\_

**9 Haben Sie Allergien?** ☐ ja welche? \_\_\_\_\_ ☐ nein

**Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?**

☐ ja ☐ nein

**10 Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden?** ☐ nein

	seit Jahr:	Medikament:
Diabetes (Zuckerkrankheit)		
insulinpflichtig?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Epilepsie		
Asthma/ chron. Bronchitis		
Magen-/ Darmerkrankung		
Nierenerkrankungen		
Lebererkrankungen		
Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßerkrankung (z.B. Bluthochdruck, Thrombosen)		
Krebs/ andere Tumore		
Migräne		
Andere nicht oben aufgeführte Erkrankungen? z.B. chronische Infektionen z.B. Hepatitis, HIV		

**Aktuelle Medikation:**

---



---



---

**Nehmen Sie Folsäure ein?**

☐ nein ☐ ja

**11 Sind Sie bereits gegen Röteln geimpft?**

☐ nein ☐ ja

# Kinderwunschzentrum Gelsenkirchen

## Anamnesebogen ♀

Name:	
Vorname:	

**12 Wurde eine Eileiterdurchgängigkeitsprüfung durchgeführt?** ☐ ja ☐ nein

☐ ja (wann?) \_\_\_\_\_

Ergebnis:

rechts: \_\_\_\_\_

links: \_\_\_\_\_

**13 Waren Sie wegen Kinderwunsch bereits in ärztlicher Behandlung?** ☐ ja ☐ nein

☐ ja, seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

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

Art der Behandlung	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft	
		Ja	Nein
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung			
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung			
Insemination -mit Sperma des Partners			
Insemination -mit Spendersperma			
Künstliche Befruchtung (IVF)			
Künstliche Befruchtung (ICSI)			
Auftauzyklus (Kryotransfer)			
GIFT			
andere			

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

☐ nein ☐ Überstimulierungssyndrom

☐ Blutung ☐ sonstige (welche?) \_\_\_\_\_

---



---



---

**14 Waren Sie bereits schwanger?** ☐ ja ☐ nein

☐ ja Dauer bis zur Schwangerschaft? \_\_\_\_\_

Jahr	G = Geburt? F = Fehlgeburt? A = Abbruch?			Mit jetzigem Partner?		Nach Kinderwunsch- behandlung?	
	G	F	A	Ja	Nein	Ja	Nein
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**15 In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?** Mit \_\_\_\_\_ Jahren

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

☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig  
zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen

☐ Zurzeit keine Regelblutung  
seit \_\_\_\_\_ ☐ Tagen ☐ Wochen ☐ Monaten

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

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

**18 Wie ist die Blutungsstärke in der Regel?**

☐ leicht ☐ mittel ☐ stark

**19 Gibt es Besonderheiten bei der Blutung?** ☐ nein

☐ sehr lang ☐ sehr stark ☐ sehr schmerzhaft

**20 Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?** ☐ ja ☐ nein

O ja (welche?)	Jahr

**21 Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge?**

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

**22 Wurden außer im Bauchraum oder Unterleib bereits andere Operationen durchgeführt?** ☐ ja ☐ nein

O ja (welche?)	Jahr

Kinderwunschzentrum Gelsenkirchen

Anamnesebogen ♀

Name:	
Vorname:	

23 Haben sie einen Empfängnischutz betrieben?

Pille: ☐ nein ☐ ja: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Jahr

Spirale: ☐ nein ☐ ja: vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Jahr

Haben Sie sich sterilisieren lassen? ☐ nein

☐ ja (wann?) \_\_\_\_\_

Gab es Komplikationen? ☐ nein

☐ ja (wann?) \_\_\_\_\_

24 Leiden Sie unter folgenden Symptomen?

Akne: ☐ nein

☐ ja seit wann? \_\_\_\_\_

verstärkter Haarausfall? ☐ nein

☐ ja seit wann? \_\_\_\_\_

Zunahme der Körperbehaarung? ☐ nein

☐ ja seit wann? \_\_\_\_\_

25 Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht?

☐ nein

☐ ja (wann?) \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

☐ nein

☐ ja (welche?) \_\_\_\_\_

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

☐ nein

☐ ja ☐ ja, jedoch nur nach Provokation

seit wann? \_\_\_\_\_

auf welcher Seite? ☐ einseitig ☐ beidseitig

von welcher Farbe? \_\_\_\_\_

27 Gab es im Vorfeld Brusterkrankungen?

☐ nein ☐ ja

Operationen der Brust? ☐ nein

☐ ja Welche? \_\_\_\_\_

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

☐ ja, mütterlicherseits (welche?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ ja, väterlicherseits (welche?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Anzahl Geschwister \_\_\_\_\_

Anzahl Nichten/Neffen \_\_\_\_\_

Für Ärztin: Thrombophilie:

Erberkrankungen:

29 Waren Sie und Ihr Partner bereits vor Eheschließung miteinander verwandt?

☐ nein ☐ ja

30 Waren Sie in den letzten 12 Wochen im außer-europäischen Ausland? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

31 Wer ist Ihr behandelnder Gynäkologe?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

32 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bemerkungen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_