

Gynäkologische Anamnese: (Nur für gynäkologische Neupatientinnen!!)

1) Angaben zur Menstruation

Wann war Ihre erste Menstruation _____ Wann war Ihre letzte Menstruation _____ Wie lange ist Ihr Zyklus _____ Tage
Wie lange dauert Ihre Menstruation _____ Tage Ist Ihr Zyklus regelmäßig?

2) Angaben zur Medikamenteneinnahme

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____

Wenn ja, welche? (Name, Dosierung, Häufigkeit der Einnahme)

1) _____

2) _____

3) _____

3) Welche Erkrankungen bestehen bei Ihnen aktuell?

1) _____

2) _____

3) _____

4) Sind bei Ihnen oder in der Familie durchgemachte Thrombosen _____ oder Embolien _____ bekannt

5) Welche vererbare Erkrankungen bestehen in der Familie?

6) Sind bei Ihnen Allergien bekannt _____;

Welche _____ -

4) vegetative Anamnese:

1) Trinken Sie Alkohol?

ja _____ nein _____

wie viel am Tag? _____ welchen Alkohol? _____

2) Angaben zu Größe und Gewicht:

Größe: _____ cm, Gewicht _____ kg

3) Rauchen Sie? _____; wie viel am Tag? _____

5) Angabe zur Blutgruppe

_____ (bitte Nachweis zum Termin mitbringen)

6) Angaben zu durchgemachten gynäkologischen Operationen

1) _____

2) _____

7) Angaben zu erfolgten gynäkologischen Untersuchungen

hatten Sie bereits eine Mammographie, und wann war die letzte? _____

wurde bei Ihnen eine Eileiterdarstellung durchgeführt, wann? _____

8) Angaben zu Schwangerschaften

besteht aktuell eine Schwangerschaft _____; welche SS-Woche

hatten Sie Fehlgeburten oder

Eileiterschwangerschaften _____

Kinderwunschkrankengeschichte Mann

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

1) Darf Ihr Partner informiert werden? _____

2) Wie heißt Ihr Geburtsort /mit Postleitzahl?

3) Wie ist Ihr Geburtsname? _____

4) Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? _____

5) Kennen Sie Ihre Blutgruppe? (bitte Nachweis zum Termin mitbringen)

_____ -

6) Wie groß sind Sie? _____ cm

7) Wie schwer sind Sie? _____ kg

8) Rauchen Sie? _____

Wenn ja, was und wie viele? _____

9) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____

Wenn ja, welche? (Name, Dosierung, Häufigkeit der Einnahme)

1. _____

2. _____

10) Bestehen Vorerkrankungen? _____

1. _____

2. _____

11) Bestehen urogenitale Erkrankungen-/Vorerkrankungen?

12) Bestanden Schwangerschaften in früheren Beziehungen?

13) Sind in der Familie Erbkrankheiten/Missbildungen bekannt?

Hiermit informieren wir Sie, dass Sie bei Umzug, Kassenänderung, oder Trennung-/ Scheidung unverzüglich die Praxis Dr. med. R. Rau informieren müssen.

Kinderwunschkrankengeschichte Frau

Bitte beantworten Sie folgende Fragen:

- 1) Darf Ihr Partner informiert werden? _____
- 2) Wie heißt Ihr Geburtsort /mit Postleitzahl? _____
- 3) Wie ist Ihr Geburtsname? _____
- 4) Welche Staatsangehörigkeit besitzen Sie ? _____
- 5) Kennen Sie Ihre Blutgruppe? (bitte Nachweis zum Termin mitbringen)
_____ -

6) Wie groß sind Sie? _____ cm

7) Wie schwer sind Sie? _____ kg

8) Rauchen Sie? _____

Wenn ja, was und wie viele? _____

9) Trinken Sie Alkohol? _____ Was und wie viel/ Tag?

10) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? _____ Wenn ja, welche?
(Name, Dosierung, Häufigkeit der Einnahme)

1. _____

2. _____

11) Bestehen Vorerkrankungen? _____

1. _____

2. _____

12) Sind bei Ihnen/in der Familie Erbkrankheiten-/Missbildungen bekannt?

13) Sind bei Ihnen oder in der Familie Thrombosen _____, Embolien
_____ abgelaufen?

14) Gab es Operationen im Bauchraum? _____ 1.

2. _____

15) Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? _____

16) Sind Sie gegen Röteln geimpft? _____; wie oft? _____ (bitte Nachweis mitbringen)

17) Wurden Ihre Eileiter bereits auf Durchgängigkeit überprüft? _____; wann?

18) Angaben zur Menstruation, Verhütung, Kinderwunsch

Wann war Ihre erste Menstruation _____

Wann war Ihre letzte Menstruation _____

Wie lange ist Ihr Zyklus _____ Tage

Wie lange dauert Ihre Menstruation _____ Tag

Ist Ihr Zyklus regelmäßig? _____

Seit wann verhüten Sie nicht mehr? _____

Seit wann besteht der Kinderwunsch? _____

Hatten Sie schon Vorbehandlungen/ Untersuchungen bei anderem Kinderwunschzentrum, Gynäkologe? Wenn ja, wo? _____

Wenn ja, welche? _____

Wie sind Sie auf unser Kinderwunschzentrum aufmerksam geworden?

Internet _____; Gynäkologen _____; Freunde/Bekannte _____;

19) Bestanden bereits Schwangerschaften _____ mit dem aktuellen Partner _____ mit früheren Partnern _____

20) Hatten Sie Fehlgeburten _____ Aborte (Abgänge) oder Eileiterschwangerschaften _____ wie viele?

Hiermit informieren wir Sie, dass Sie bei Umzug, Kassenänderung, oder Trennung-/ Scheidung unverzüglich die Praxis Dr. med. R. Rau informieren müssen.