

# Anamnese -und Patientenfragebogen bei Kinderwunsch

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

Familienstand:

Kinder:

Krankenversichert bei:

privat      gesetzlich

Übernahme von Heilpraktiker-Leistungen?

Zusatzversicherung bei:

Hausarzt ( Name/ Anschrift):

Frauenarzt ( Name/ Anschrift):

Beruf:

Telefonnummer privat:

Telefonnummer mobil:

Email:

Blutgruppe(falls bekannt):

Größe:

Gewicht:

Besonderheiten an den Zähnen(Füllungen, Krone, Brücke, extrahiert o.ä.):

Narben:

Operation (speziell auch im Bauchraum):

Risikofaktoren wie Diabetes, Herzinfarkt, Schlaganfall, Epilepsie,  
Bandscheibenvorfall o.ä.:

Sind Allergien bekannt:

Weitere Erkrankungen an denen sie erkrankt sind (vor allem Autoimmun):

Wenn ja, was haben Sie bisher dagegen unternommen:

Bekannte Infektionskrankheiten, die Sie ggf. auch in der Kindheit hatten:

Impfungen:

Ernährungsgewohnheiten:

Nahrungsergänzungsmittel, die Sie regelmäßig einnehmen:

Wie häufig essen Sie:

- Gemüse und Salat:
- Milch-Produkte:
- Fleisch:
- Wurst:
- Fisch:
- Frisches Obst:
- Kaffee / Tee:
- zuckerhaltige Getränke:
- Süßigkeiten:

Rauchen (wenn ja, wie viel):

Alkohol (wenn ja, wie viel):

Welches Wasser trinken Sie:

Welche Körperpflegeprodukte verwenden Sie:

Seit wann besteht Kinderwunsch:

Wie haben Sie davor verhütet und wie lange:

(Sollte mit der Temperaturmessmethode verhütet werden und Aufzeichnungen vorliegen, diese bitte mitbringen)

Zyklus:

Dauer (vom ersten Tag der Blutung bis zum letzten Tag vor neuer Blutung):

Spüren Sie Ihren Eisprung:

Wie intensiv und lange ist die Blutung:

Schmerzen vor oder während Blutung:

Zwischenblutung:

Haarausfall:

Vermehrte Körperbehaarung:

Akne:

Wiederkehrende Beschwerden:

Wann war erste Regelblutung:

Unterleibserkrankungen (auch Blasenentzündung oder Scheidenpilz):

Abtreibungen/ Fehlgeburten:

Wurden folgende Untersuchungen schon vorgenommen:

- Ultraschall
- Gebärmutterhals
- Zervixschleim zur Zyklusmitte
- Bauchspiegelung
- Eileiterspiegelung
- Blutwerte auf Gerinnungsstörungen
- Schilddrüsenuntersuchung/ Werte
- Bei Verdacht auf PCO ACTH-Test
- Androgene (Testosteron und DHEAS am 3. Zyklustag)
- LH am 3. Zyklustag

Warum besteht Kinderwunsch:

Können Sie es sich vorstellen ohne Kind zu leben (in Schulnoten):

Nun zu Ihrem Partner

Name:

Alter:

Untersuchungen:

- Spermiogramm
- Äußere Untersuchung
- Vollständige Anamnese

Was haben Sie bis jetzt schon unternommen um Schwanger zu werden: