



**KinderwunschzentrumBad-
Cannstatt**

Praxis M. Woriedh

Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

herzlich Willkommen in meiner Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patientin.....
Name Vorname Geburtsdatum
Anschrift.....
Straße PLZ Wohnort
Telefon
privat Mobil E-Mail
Versicherung
Beruf
Größe: Gewicht:

Name vom Partner:

Frauenarzt:

Hausarzt:

Datum letzte Regelblutung? _____ Dauer von Ihrem Zyklus? _____ Regelmäßig? ja/ nein

		Wie oft im Monat?
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, wie viel am Tag?
Operationen (Gyn)?	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche:
Allergien?	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, welche:
Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja, im wievielten Monat?

Anzahl Geburten? _____ Anzahl Fehlgeburten? _____ Anzahl Schwangerschaftsabbrüche? _____

von gleichen Partner? ja/ nein

Entbindung? normal Zange/Saugglocke Kaiserschnitt

Komplikationen? ja/ nein Wenn ja, welche:

Haben oder hatten Sie eine der Folgeerkrankungen/Infektionen?

- Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall Herzinfarkt Krampfadern
 Lebererkrankungen Nierenerkrank. Epilepsie Osteoporose Diabetes mell.
 Hormonstörungen Blutungsneigung Arthrose Schilddrüsenerkrank.
 Krebserkrank. Gemütskrank. Hepatitis HIV Harninkontinenz
 sonstiges: _____

Traten in Ihrer Verwandtschaft (Eltern/ Geschwister/ Tante mütterlicherseits) folgende Erkrankung auf?

- Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall Herzinfarkt Diabetes mel.
 Brustkrebs Darmkrebs Unterleibskrebs Fehlbildungen
 sonstige Krebserkrankungen: _____
 Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja/ nein Pille Spirale sonstige
 Welche? _____
 Letzte gynäkologische Untersuchung? _____ Mammographie Darmspiegelung

Kontakt zu meiner Praxis/Empfehlung durch:

- Arzt Familie Bekannte Praxisschild Sonstiges

 Internet, wo? _____

Bei KINDERWUNSCH:

Kinderwunsch besteht seit wann? _____

Haben Sie das Gefühl, dass der Kinderwunsch bei Ihnen zu seelischer Belastung führt? _____

Sind Sie verheiratet ? ja / nein

Vorbehandlungen/Therapien durchgeführt? ja/ nein

Wenn ja, welche?: Stimulation Insemination IVF ICSI Kryo

Vorbefunde vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein		
Eileiterdurchgängigkeit geprüft ?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein		Komplikationen <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche Methoden :	<input type="checkbox"/> Ultraschall	<input type="checkbox"/> Röntgen	<input type="checkbox"/> Bauchspiegelung
Ergebnis :	<input type="checkbox"/> Durchgängigkeit	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts
	<input type="checkbox"/> nicht durchgängig	<input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> rechts

Bitte denken Sie daran, alle relevanten Unterlagen zum Termin mitzubringen.

.....
Datum und Unterschrift