



Waren Sie bereits wegen unerfülltem Kinderwunsch in ärztlicher Behandlung?

Nein Ja

(z.B. hormonelle Therapie, Spermienübertragung, künstliche Befruchtung)

Falls ja, ergänzen Sie bitte:

Jahr	Art der Behandlung	Medikamente

Wurde die Durchgängigkeit Ihrer Eileiter bereits überprüft?

Nein Ja

Wenn ja, welchem Jahr? _____ mit welchem Ergebnis? durchgängig verschlossen

Anmerkung: _____

Wurden bei Ihnen Operationen im Bauchraum oder am Unterleib durchgeführt?

Nein Ja

Falls ja, ergänzen Sie bitte:

Jahr	durchgeführte Operation	Grund der Operation	Wo wurde die Operation durchgeführt ?

Wer ist Ihr behandelnder Frauenarzt? _____

Wann war die letzte gynäkologische Vorsorge? _____

Menstruationszyklus

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung? _____ Jahre



Wie lange ist der aktuelle Abstand vom 1.Tag Ihrer Blutung bis zum 1.Tag der darauf folgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?
Tagen

zwischen ____ und ____

Wann war der erste Tag der letzten Regelblutung?

_____ (Datum)

Wie lange dauert im Schnitt Ihre Regelblutung?
Tagen

zwischen ____ und ____

Haben Sie Schmierblutungen vor oder nach der Monatsblutung?

Nein Ja

Haben Sie Zwischenblutungen?

Nein Ja

Haben Sie Schmerzen während der Monatsblutung?
manchmal schwach mäßig stark

Benötigen Sie dann Schmerztabletten?

Nein Ja _____

Wie schätzen Sie die Stärke Ihrer Monatsblutung ein?

schwach mäßig stark

Eigenanamnese

Wie groß sind Sie?

_____ cm

Wie schwer sind Sie?

_____ kg

Haben Sie in den letzten Jahren stark zugenommen oder abgenommen?

Nein Ja _____

Rauchen Sie?

Nein Ja

1-5 Zig. pro Tag 6-15 Zig. pro Tag >16 Zig. pro Tag

Trinken Sie Alkohol? nie selten gelegentlich regelmäßig

Nehmen Sie Drogen? nie selten gelegentlich regelmäßig

Wenn ja, welche? _____

Sind Sie gegen Röteln geimpft?

Nein Ja

Falls ja, wann? _____

Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?

Nein Ja

Falls ja, wann? _____

Leiden Sie an folgenden Erkrankungen? Wenn ja, seit wann?

Epilepsie

Herz-/Kreislaufkrankungen

Unterleibschmerzen

Thrombose/ Blutgerinnsel

Nierenerkrankungen

Asthma/ chronische Bronchitis

Lebererkrankungen

Magen- /Darmerkrankungen

Kopfschmerzen

Migräne

Zuckerkrankheit (Insulinpflichtig:
ja nein

sonstige:

Bösartige Erkrankungen

Schilddrüsenerkrankungen

Psychische Erkrankungen



Nein Ja

Haben Sie Allergien?

Falls ja, ergänzen Sie bitte: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja

Wenn ja, notieren Sie bitte den Namen des Medikamentes mit Dosierungsangabe und seit wann Sie das Medikament nehmen.

Nehmen Sie regelmäßig Folsäure bzw. Jod ein?

Folsäure Iod

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Fehlbildungen oder andere schwere Leiden?

Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass sich die Ärzte und das Personal des UKGM über meine Befunde und die erfolgte und geplante Diagnostik und Therapie meiner Kinderwunschbehandlung mit meinem o.g. Partner beraten können und diesem Auskunft erteilen dürfen. Mir ist bekannt, dass ich diese Schweigepflichtentbindungserklärung freiwillig abgebe und diese von mir jederzeit widerrufen werden kann.

Datum: _____ Unterschrift Patientin : _____

Weitere Anmerkungen oder Fragen die Sie gerne im Erstgespräch stellen möchten:
