



## Anamnesefragebogen bei unerfülltem Kinderwunsch

Sehr geehrte Patienten, ich freue mich, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihnen eine gute Beratung und Behandlung anbieten zu können, bin ich auf Ihre Mithilfe und Auskünfte angewiesen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, soweit es Ihnen möglich ist. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an ein Mitglied unseres Teams oder an mich persönlich.

Vielen Dank! Dr. med. Christiane Peters

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. / Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

Familienstand  verheiratet  feste Partnerschaft  alleinstehend

Name, Vorname des Ehemannes / des Partners: \_\_\_\_\_

• **Seit wann besteht bei Ihnen ein Kinderwunsch?** \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr

• **Wie stark fühlen Sie sich durch den unerfüllten Kinderwunsch oder durch die durchgeführten Therapien belastet?**

Bitte ankreuzen: 0 = gar nicht 10 = sehr stark beeinträchtigt

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

• **Waren Sie bereits schwanger?**  nein  ja

- Falls ja, wie lange war die Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ Monate

- Falls ja, dann beantworten Sie bitte die folgenden Fragen bzgl. des Schwangerschaftsausganges:

Jahr	Geburt (G), Eileiterschwangerschaft (EG), Fehlgeburt (F), Abbruch (A)	Mit jetzigem Partner?	Schwangerschaftseintritt nach Kinderwunsch- behandlung?
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja

• **Waren oder sind Sie aktuell wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Behandlung?**  nein  ja

Art der Behandlung	Anzahl der Zyklen	Schwangerschaftseintritt
Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Samenübertragung		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Künstliche Befruchtung (IVF)		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Auftauzyklus (Kryotransfer)		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Traditionelle Chinesische Medizin: Akupunktur		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Traditionelle Chinesische Medizin: Kräutertherapie		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Homöopathie		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja
Psychologische / psychotherapeutische Betreuung		<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja



- **Wurde bei Ihnen bereits die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft?**  nein  ja

- Falls ja, dann mit welcher Methode, mit welchem Ergebnis und wann? \_\_\_\_\_ Jahr

- |                                   |  |                                    |
|-----------------------------------|--|------------------------------------|
| <input type="radio"/> Ultraschall | <input type="radio"/> Bauchspiegelung (Laparoskopie) | <input type="radio"/> Röntgen      |
| Eileiter links:                   | <input type="radio"/> durchgängig                    | <input type="radio"/> verschlossen |
| Eileiter rechts:                  | <input type="radio"/> durchgängig                    | <input type="radio"/> verschlossen |

- **Wurden bei Ihnen im Bauchraum, im Unterleib oder an der Brust Operationen durchgeführt?**  nein  ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Art der Operationen und wann sie durchgeführt wurde:

- 
- 
- **Sind bei Ihnen Erkrankungen des Unterleibs wie beispielsweise wiederkehrende Zysten an den Eierstöcken, Eileiterentzündungen oder Endometriose bekannt?**  nein  ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Erkrankungen und deren Zeitpunkt:

- 
- 
- **Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Monatsblutung?** \_\_\_\_\_ Jahre
  - **Wie lang ist der aktuelle Zyklus, d.h. der Abstand vom 1. Tag der Regelblutung bis zum 1. Tag der darauffolgenden Regelblutung?**  regelmäßig, alle \_\_\_\_\_ Tage  
 unregelmäßig, von \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tage/ Wochen/ Monate
  - **Wann hat Ihre letzte Periodenblutung (LR) begonnen?** \_\_\_\_\_ Datum
  - **Wie lange dauert die Periodenblutung?** \_\_\_\_\_ Tage
  - **Wie ist die Blutungsstärke der Periodenblutung?**  schwach  mittel  stark  sehr stark
  - **Wie ist die Farbe und Konsistenz der Blutungen?**  dunkelrot  hellrot  
 mit Klumpenabgang  ohne Klumpenabgang  nicht bekannt
  - **Haben Sie Schmierblutungen?**  nein  ja

- Falls ja, dann  vor der Periodenblutung  nach der Periodenblutung

- **Haben Sie Schmerzen während der Monatsblutung?**  nein  ja

- Falls ja, dann ergänzen Sie bitte:

- |   |                              |                              |                             |                                  |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| Die Schmerzintensität ist:  | <input type="radio"/> leicht | <input type="radio"/> mittel | <input type="radio"/> stark | <input type="radio"/> sehr stark |
| Schmerzmitteleinnahme:  |                              |                              | <input type="radio"/> nein  | <input type="radio"/> ja         |
| <input type="radio"/> die Schmerzen bestehen bereits seit Beginn meiner Blutungen                 |                              |                              |                             |                                  |
| <input type="radio"/> die Schmerzen bestehen seit ca. _____ Jahren                                |                              |                              |                             |                                  |
| <input type="radio"/> die Schmerzen nehmen an Intensität in den letzten _____ Monaten / Jahren zu |                              |                              |                             |                                  |

- **Spüren Sie Ihren Eisprung?**  nein  ja
- **Bemerken Sie in Zyklusmitte einen zunehmenden klaren, glasigen Ausfluss?**  nein  ja
- **Haben Sie Beschwerden wie Brustspannen, Stimmungsschwankungen, Rücken- oder Unterbauchschmerzen an den Tagen „vor den Tagen“?**  nein  ja

- Falls ja, wie lange halten die Beschwerden an: \_\_\_\_\_ Tage



• **Haben Sie in den letzten Jahren verhütet?**

nein

ja

- Falls ja, mit welcher Verhütungsmethode und wie lange?

Pille: \_\_\_\_\_ Jahre, Präparat(e):

Spirale: \_\_\_\_\_ Jahre

Sonstiges: \_\_\_\_\_

• **Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung?** \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr

• **Wurden Sie gegen folgende Krankheiten geimpft?**

- Falls ja, dann bringen Sie bitte Ihren Impfpass mit

Röteln  nein  ja,

ja,

1. Impfung: \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr

2. Impfung: \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr

Windpocken  nein  ja

Hepatitis B  nein  ja

• **Leiden Sie an einer der folgenden Beschwerden / Erkrankungen?**

- Bitte Zutreffendes ankreuzen:

Schilddrüsenerkrankungen \_\_\_\_\_  Hashimoto-Thyreoiditis

Diabetes mellitus \_\_\_\_\_  insulinpflichtig

Bluthochdruck

Fettstoffwechselstörung / erhöhte Blutfettwerte

Chronische Kopfschmerzen

Migräne \_\_\_\_\_  mit Aura

Angstzustände, Panikattacken

Reizdarm

Sonstige Magen-, Darmerkrankungen

Asthma / chron. Bronchitis

Psychische Erkrankungen

Epilepsie

Anhaltende Schlafstörungen

Anhaltende Erschöpfung/Müdigkeit

Anhaltende Stressbelastung

Antriebslosigkeit

Stimmungsschwankungen

Nierenerkrankungen

Lebererkrankungen

Herz- / Kreislauferkrankungen

Thrombose / Embolie

Krebs / andere Tumore

Genetische Erkrankungen

• **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

nein

ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte das Präparat / die Präparate:

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



- **Nehmen Sie regelmäßig Mikronährstoffe ein?**  nein  ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Mineralstoffe / Vitamine / Probiotika:

---

---

- **Sind bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?**  nein  ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Wirksubstanz: \_\_\_\_\_

- **Haben Sie Allergien / Lebensmittelunverträglichkeiten?**  nein  ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Allergene / Lebensmittel:

---

---

- **Rauchen Sie?**  nein  ja

ja, \_\_\_\_\_  ja, 1-5 Zig./Tag  ja, >5 Zig./Tag

- **Trinken Sie mehr als 4-mal pro Woche Alkohol?**  nein  ja

- **Nehmen Sie Drogen?**  nein  ja, selten  ja, regelmäßig

- **Achten Sie auf Ihre Ernährung, ernähren Sie sich bewusst?**

nein  ja, ausgeglichen  
 ja, überwiegend Biokost  ja, low carb  ja, vegetarisch  
 ja, vegan  ja, \_\_\_\_\_

- **Sind Sie sportlich aktiv?**  nein  ja, gelegentlich  ja regelmäßig, \_\_\_\_\_/Woche

- **Was machen Sie beruflich?** \_\_\_\_\_

- **Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?**  nein  ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte Belastungen:

Schichtarbeit  Lärm  
 fehlendes Tageslicht  Andere: \_\_\_\_\_

- **Sind in Ihrer engeren Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen bekannt oder aufgetreten?**  nein  ja

- Falls ja, dann bitte ankreuzen:

Schilddrüsenerkrankungen  Thrombose / Embolie  
 Brustkrebs  Darmkrebs  
 Gebärmutterkrebs  Osteoporose  
 Genetische Erkrankungen  Sonstiges: \_\_\_\_\_

**...und eine letzte Frage: Wie bzw. durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

- Empfehlung Freunde / Bekannte  Empfehlung des betreuenden Arztes: \_\_\_\_\_  
 Internet / Webseite  Sonstiges: \_\_\_\_\_

---

Berlin / Potsdam, den

---

Unterschrift Patient