

Anamnese – Fragebogen für die Frau

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte nehmen Sie sich 15 Minuten Zeit und füllen Sie diesen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir das Erstgespräch optimal für Sie vorbereiten und die für Sie bestmögliche Therapieform wählen.

1. Wie lange haben Sie schon Kinderwunsch?

Seit Monaten/ Jahren

2. Haben Sie schon Kinder mit einem anderen Partner?

Nein

Ja Kinder im Alter von

3. Wie verläuft Ihr Zyklus (vom 1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung)?

Regelmäßig zwischen und Tagen

Unregelmäßig zwischen und Tagen

Ich hatte schon länger keine Blutung mehr. Die letzte Blutung war am:

4. Bei Ihrer allerersten Monatsblutung waren Sie

 Jahre alt.

5. Wann kam Ihre Mutter in die Wechseljahre?

6. Wieviele Kinder wurden von Ihrer Mutter geboren?

7. Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen wie PCO, Endometriose oder Schilddrüsenerkrankungen?

8. Waren Sie schon einmal schwanger?

Nein

Ja

Bitte machen Sie Angaben zu Ihren Schwangerschaften:

16. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Endometriose | <input type="radio"/> PCO |
| <input type="radio"/> Gerinnungsstörung | <input type="radio"/> Krebs/Tumore |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Bluthochdruck |
| <input type="radio"/> Lungenerkrankungen | <input type="radio"/> Neurologische Erkrankung |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung | <input type="radio"/> Herzerkrankung |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenfehlfunktion | <input type="radio"/> Myome |

17. Haben Sie eine der folgenden Beschwerden?

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="radio"/> Migräne | <input type="radio"/> Kopfschmerzen |
| <input type="radio"/> Hitzewallungen | <input type="radio"/> Akne |

18. Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen oder andere schwere Leiden?

- Nein
- Ja, und zwar:

19. Leiden Sie an einer Allergie?

- Nein
- Ja, und zwar:

20. Wie häufig haben Sie ungefähr Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner?

Mal pro Woche

Mal pro Monat

21. Ihre Blutgruppe ist

- | | | | |
|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| <input type="radio"/> O | <input type="radio"/> A | <input type="radio"/> AB | <input type="radio"/> B |
| <input type="radio"/> positiv | <input type="radio"/> negativ | | |

22. Wie groß und wie schwer sind Sie?

kg

cm

23. Rauchen Sie oder haben Sie jemals geraucht?

- | | |
|----------------------------|---------------------------------------|
| <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Nicht mehr seit |
| <input type="radio"/> Ja | Zigaretten täglich |

24. Trinken Sie Alkohol?

- | | | |
|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Gelegentlich | <input type="radio"/> Ja, regelmäßig |
|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

25. Konsumieren Sie oder haben Sie je Drogen, Aufputsch- oder Dopingmittel konsumiert?

- | | | |
|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Nein | <input type="radio"/> Gelegentlich | <input type="radio"/> Ja, regelmäßig |
|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

26. Wann war Ihre letzte Mammographie? Befund?

27. Wann war Ihr letzter PAP – Abstrich? Bitte legen Sie den Befund bei!

28. Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja was und wann?

29. Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, machen Sie bitte folgende Angaben:

Medikament	Dosierung	Seit wann?	Warum