



Praxis Dr. Daniela Plathow  
Ihr Team für Frauengesundheit

**Anamnesebogen - Kinderwunsch**

Sehr geehrte Patientin,

herzlich willkommen in unserer Praxis. Die nachfolgenden Angaben sind für ein Beratungsgespräch und Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Ihre Angaben werden streng vertraulich und datenschutzkonform behandelt und sind Teil Ihrer Patientenakte.

Name	Straße/ Hausnummer	Telefon (privat)
Vorname	Postleitzahl	Mobil
Geburtsdatum	Wohnort	Email
Hausarzt		
Größe (cm)	Gewicht (kg)	Letzte gynäkologische Krebsvorsorgeuntersuchung (Datum)
Erster Tag der letzten Regel	Dauer der Blutung (Tage)	

**Ist die Blutung:**

- Regelmäßig
- Unregelmäßig
- Stark
- Schmerzhaft
- Zwischenblutung
- Vorschmierer

**Waren Sie bereits schwanger:**

- Ja, in dieser Partnerschaft
- Nein
- Ja, in anderer Partnerschaft

Geburten	Jahr	Normale Geburt	Zange/Saugglocke	Kaiserschnitt
	1.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	2.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	3.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fehlgeburten (wann?):

Schwangerschaftsabbrüche  
(wann?):

Bauchhöhlenschwangerschaften  
(wann?):

**Seit wann wünschen Sie sich ein Kind ?**

Monat/ Jahr:

**Haben Sie regelmäßige Geschlechtsverkehr ?**

- Nein
- Ja

**Wurde eine Eileiterdurchgängigkeit überprüft ? (Mit Kontrastmittel-Ultraschall/ mit Bauchspiegelung ?)**

- Nein
- Ja

**Ist eine Endometriose bekannt ?**

- Nein
- Ja

**Hatten Sie eine Operation, besonders im Bauchraum oder Unterleib ?**

- Nein
- Ja, folgende  
.....

**Wurde eine Sterilisation durchgeführt ?**

- Nein
- Ja

**Wurden bereits Zykluskontrollen beim Frauenarzt/-ärztin durchgeführt ?**

- Nein
- Ja

**Wurde bereits eine Hormonbehandlung durchgeführt ? (z.B. Clomifen, Letrozol) oder mit Spritzen ?**

- Nein
- Ja, folgende  
.....

**Wurde bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt ?**

- nein
- Ja, IUI            Wieviele und wo ?
- Ja, IVF             Wieviele und wo ?
- Ja, ICSI             Wieviele und wo ?
- Sonstiges          Was ?

**Rauchen Sie ?**

- Nein
- Ja, .....  
Zigaretten/Tag

**Trinken Sie Alkohol ?**

- Nie
- Gelegentlich
- Regelmäßig

**Haben Sie Allergien ?**

- Nein
- Ja, gegen  
.....

**Hatten Sie Operationen ?**

- Nein
- Ja, folgende  
.....

**Haben/ Hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen:**

- Bluthochdruck
- Lebererkrankung
- Gerinnungsstörung
- Thrombose
- Nierenerkrankung
- Gemütskrankung
- Brustkrebs
- Schlaganfall
- Diabetes mellitus
- Arthrose
- Eierstockkrebs
- Herzinfarkt
- Epilepsie
- Hepatitis
- Gebärmutterkrebs
- Migräne
- Schilddrüsenerkrankung
- HIV
- Sonstiges

**Nehmen Sie regelmäßige Medikamente ein ?**

- Nein
- Ja, folgende  
.....

**Welche Verhütungsmethode haben Sie verwendet (bitte mit Angabe von wann bis wann)?**

- Pille (Name)
- Spirale (welche/ seit wann)
- Sonstige Verhütung

**Gibt es Erkrankungen in Ihrer Familie ?**

- Nein
- Ja, folgende  
.....

**Was machen Sie beruflich ?**

**Haben Sie viel Stress ?**

- Nein
- Ja, folgendes  
.....

**Haben Sie Kontakt mit Chemikalien etc. ?**

- Nein
- Ja, folgende  
.....

**Möchten Sie uns noch etwas mitteilen ?**

**Hiermit bestätige ich die Vollständigkeit und Richtigkeit meiner Angaben. Ich bin mit der praxisinternen Speicherung meiner Daten einverstanden.**

Datum

Name der Patientin

Unterschrift