

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn

(Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie

behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?

\_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

#### Wann war die letzte Krebsvorsorge?

\_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

#### Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?

Ja  Nein

#### Wann war die letzte Mammographie?

\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie eine HPV Impfung?

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

#### Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden

##### Erkrankungen bekannt:

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Leiden Sie an chronischen Beschwerden:

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

#### Sind Allergien bekannt?

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

#### Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Hatten Sie bereits Operationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

#### Rauchen Sie

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

#### Seit wie viel Jahren rauchen Sie?

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

#### Trinken Sie Alkohol?

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

### Liebe Kinderwunsch-Patienten,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,  
wie behandelt? \_\_\_\_\_

**Wann war die letzte Krebsvorsorge?**

\_\_\_\_\_ (Monat,Jahr)

**Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?**

Ja  Nein

**Wann war die letzte Mammographie?**

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine HPV Impfung?**

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese**

**Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden**

**Erkrankungen bekannt:**

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an chronischen Beschwerden:**

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

**Sind Allergien bekannt?**

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

**Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?**

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits Operationen?**

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie**

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

**Seit wie viel Jahren rauchen Sie?**

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

**Trinken Sie Alkohol?**

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

**Liebe Kinderwunsch-Patienten,**

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,  
wie behandelt? \_\_\_\_\_

**Wann war die letzte Krebsvorsorge?**

\_\_\_\_\_ (Monat,Jahr)

**Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?**

Ja  Nein

**Wann war die letzte Mammographie?**

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine HPV Impfung?**

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese**

**Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden**

**Erkrankungen bekannt:**

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an chronischen Beschwerden:**

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

**Sind Allergien bekannt?**

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

**Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?**

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits Operationen?**

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie**

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

**Seit wie viel Jahren rauchen Sie?**

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

**Trinken Sie Alkohol?**

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

**Liebe Kinderwunsch-Patienten,**

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

#### Wann war die letzte Krebsvorsorge?

\_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

#### Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?

Ja  Nein

#### Wann war die letzte Mammographie?

\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie eine HPV Impfung?

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

#### Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden

##### Erkrankungen bekannt:

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Leiden Sie an chronischen Beschwerden:

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

#### Sind Allergien bekannt?

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

#### Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Hatten Sie bereits Operationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

#### Rauchen Sie

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

#### Seit wie viel Jahren rauchen Sie?

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

#### Trinken Sie Alkohol?

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

### Liebe Kinderwunsch-Patienten,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	



# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn

(Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie

behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?

\_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

**Wann war die letzte Krebsvorsorge?**

\_\_\_\_\_ (Monat,Jahr)

**Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?**

Ja  Nein

**Wann war die letzte Mammographie?**

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine HPV Impfung?**

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese**

**Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden**

**Erkrankungen bekannt:**

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an chronischen Beschwerden:**

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

**Sind Allergien bekannt?**

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

**Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?**

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits Operationen?**

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie**

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

**Seit wie viel Jahren rauchen Sie?**

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

**Trinken Sie Alkohol?**

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

**Liebe Kinderwunsch-Patienten,**

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

#### Wann war die letzte Krebsvorsorge?

\_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

#### Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?

Ja  Nein

#### Wann war die letzte Mammographie?

\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie eine HPV Impfung?

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

#### Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden

##### Erkrankungen bekannt:

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Leiden Sie an chronischen Beschwerden:

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

#### Sind Allergien bekannt?

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

#### Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Hatten Sie bereits Operationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

#### Rauchen Sie

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

#### Seit wie viel Jahren rauchen Sie?

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

#### Trinken Sie Alkohol?

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

### Liebe Kinderwunsch-Patienten,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

#### Wann war die letzte Krebsvorsorge?

\_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

#### Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?

Ja  Nein

#### Wann war die letzte Mammographie?

\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie eine HPV Impfung?

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

#### Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden

##### Erkrankungen bekannt:

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Leiden Sie an chronischen Beschwerden:

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

#### Sind Allergien bekannt?

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

#### Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Hatten Sie bereits Operationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

#### Rauchen Sie

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

#### Seit wie viel Jahren rauchen Sie?

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

#### Trinken Sie Alkohol?

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

### Liebe Kinderwunsch-Patienten,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn

(Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie

behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?

\_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,  
wie behandelt? \_\_\_\_\_

**Wann war die letzte Krebsvorsorge?**

\_\_\_\_\_ (Monat,Jahr)

**Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?**

Ja  Nein

**Wann war die letzte Mammographie?**

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine HPV Impfung?**

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese**

**Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden**

**Erkrankungen bekannt:**

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an chronischen Beschwerden:**

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

**Sind Allergien bekannt?**

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

**Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?**

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits Operationen?**

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie**

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

**Seit wie viel Jahren rauchen Sie?**

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

**Trinken Sie Alkohol?**

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

**Liebe Kinderwunsch-Patienten,**

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	



# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

#### Wann war die letzte Krebsvorsorge?

\_\_\_\_\_ (Monat,Jahr)

#### Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?

Ja  Nein

#### Wann war die letzte Mammographie?

\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie eine HPV Impfung?

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

#### Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden

##### Erkrankungen bekannt:

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Leiden Sie an chronischen Beschwerden:

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

#### Sind Allergien bekannt?

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

#### Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Hatten Sie bereits Operationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

#### Rauchen Sie

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

#### Seit wie viel Jahren rauchen Sie?

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

#### Trinken Sie Alkohol?

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

### Liebe Kinderwunsch-Patienten,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn

(Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie

behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?

\_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,  
wie behandelt? \_\_\_\_\_

**Wann war die letzte Krebsvorsorge?**

\_\_\_\_\_ (Monat,Jahr)

**Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?**

Ja  Nein

**Wann war die letzte Mammographie?**

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine HPV Impfung?**

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese**

**Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden**

**Erkrankungen bekannt:**

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an chronischen Beschwerden:**

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

**Sind Allergien bekannt?**

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

**Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?**

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits Operationen?**

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie**

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

**Seit wie viel Jahren rauchen Sie?**

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

**Trinken Sie Alkohol?**

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

**Liebe Kinderwunsch-Patienten,**

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,  
wie behandelt? \_\_\_\_\_

**Wann war die letzte Krebsvorsorge?**

\_\_\_\_\_ (Monat,Jahr)

**Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?**

Ja  Nein

**Wann war die letzte Mammographie?**

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine HPV Impfung?**

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese**

**Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden**

**Erkrankungen bekannt:**

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an chronischen Beschwerden:**

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

**Sind Allergien bekannt?**

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

*Präparat* \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

*Präparat* \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

*Präparat* \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

**Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?**

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits Operationen?**

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie**

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

**Seit wie viel Jahren rauchen Sie?**

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

**Trinken Sie Alkohol?**

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

**Liebe Kinderwunsch-Patienten,**

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

#### Wann war die letzte Krebsvorsorge?

\_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

#### Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?

Ja  Nein

#### Wann war die letzte Mammographie?

\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie eine HPV Impfung?

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

#### Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden

##### Erkrankungen bekannt:

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Leiden Sie an chronischen Beschwerden:

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

#### Sind Allergien bekannt?

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

#### Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Hatten Sie bereits Operationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

#### Rauchen Sie

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

#### Seit wie viel Jahren rauchen Sie?

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

#### Trinken Sie Alkohol?

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

### Liebe Kinderwunsch-Patienten,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	



# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,  
wie behandelt? \_\_\_\_\_

**Wann war die letzte Krebsvorsorge?**

\_\_\_\_\_ (Monat,Jahr)

**Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?**

Ja  Nein

**Wann war die letzte Mammographie?**

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine HPV Impfung?**

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese**

**Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden**

**Erkrankungen bekannt:**

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an chronischen Beschwerden:**

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

**Sind Allergien bekannt?**

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

**Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?**

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits Operationen?**

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie**

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

**Seit wie viel Jahren rauchen Sie?**

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

**Trinken Sie Alkohol?**

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

**Liebe Kinderwunsch-Patienten,**

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,  
wie behandelt? \_\_\_\_\_

**Wann war die letzte Krebsvorsorge?**

\_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

**Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?**

Ja  Nein

**Wann war die letzte Mammographie?**

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine HPV Impfung?**

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese**

**Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden**

**Erkrankungen bekannt:**

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an chronischen Beschwerden:**

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

**Sind Allergien bekannt?**

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

**Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?**

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits Operationen?**

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie**

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

**Seit wie viel Jahren rauchen Sie?**

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

**Trinken Sie Alkohol?**

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

**Liebe Kinderwunsch-Patienten,**

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

**Wann war die letzte Krebsvorsorge?**

\_\_\_\_\_ (Monat,Jahr)

**Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?**

Ja  Nein

**Wann war die letzte Mammographie?**

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine HPV Impfung?**

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese**

**Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden**

**Erkrankungen bekannt:**

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an chronischen Beschwerden:**

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

**Sind Allergien bekannt?**

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

**Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?**

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits Operationen?**

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie**

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

**Seit wie viel Jahren rauchen Sie?**

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

**Trinken Sie Alkohol?**

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

**Liebe Kinderwunsch-Patienten,**

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,  
wie behandelt? \_\_\_\_\_

**Wann war die letzte Krebsvorsorge?**

\_\_\_\_\_ (Monat,Jahr)

**Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?**

Ja  Nein

**Wann war die letzte Mammographie?**

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine HPV Impfung?**

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese**

**Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden**

**Erkrankungen bekannt:**

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an chronischen Beschwerden:**

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

**Sind Allergien bekannt?**

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

**Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?**

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits Operationen?**

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie**

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

**Seit wie viel Jahren rauchen Sie?**

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

**Trinken Sie Alkohol?**

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

**Liebe Kinderwunsch-Patienten,**

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	



# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

#### Wann war die letzte Krebsvorsorge?

\_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

#### Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?

Ja  Nein

#### Wann war die letzte Mammographie?

\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie eine HPV Impfung?

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

#### Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden

##### Erkrankungen bekannt:

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Leiden Sie an chronischen Beschwerden:

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

#### Sind Allergien bekannt?

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

#### Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Hatten Sie bereits Operationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

#### Rauchen Sie

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

#### Seit wie viel Jahren rauchen Sie?

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

#### Trinken Sie Alkohol?

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

### Liebe Kinderwunsch-Patienten,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie

behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?

\_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,  
wie behandelt? \_\_\_\_\_

**Wann war die letzte Krebsvorsorge?**

\_\_\_\_\_ (Monat,Jahr)

**Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?**

Ja  Nein

**Wann war die letzte Mammographie?**

\_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine HPV Impfung?**

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

**Allgemeine Anamnese**

**Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden**

**Erkrankungen bekannt:**

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:  
\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an chronischen Beschwerden:**

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

**Sind Allergien bekannt?**

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

**Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?**

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Hatten Sie bereits Operationen?**

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

**Rauchen Sie**

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

**Seit wie viel Jahren rauchen Sie?**

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

**Trinken Sie Alkohol?**

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

**Liebe Kinderwunsch-Patienten,**

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn (Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

#### Wann war die letzte Krebsvorsorge?

\_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

#### Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?

Ja  Nein

#### Wann war die letzte Mammographie?

\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie eine HPV Impfung?

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

#### Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden

##### Erkrankungen bekannt:

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Leiden Sie an chronischen Beschwerden:

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

#### Sind Allergien bekannt?

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

#### Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Hatten Sie bereits Operationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

#### Rauchen Sie

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

#### Seit wie viel Jahren rauchen Sie?

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

#### Trinken Sie Alkohol?

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

### Liebe Kinderwunsch-Patienten,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

# FB Ki01 Allgemeine Anamnese

## Patientin

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

Handy-Nr \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Nationalität \_\_\_\_\_

Ausgeübter Beruf \_\_\_\_\_

Verheiratet  nein  ja

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Körpergröße : \_\_\_\_\_ cm

## Partner (bei Kinderwunsch bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

## Zyklusanamnese

### Wie viele Tage dauert die Regelblutung?

ca. \_\_\_\_\_ Tage

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

### Setzt die Regelblutung in normaler Stärke ein oder beginnt sie mit Schmierblutungen?

normaler Blutungsbeginn,  Vorschmierblutungen

### Wie schätzen Sie die Blutungsstärke?

schwach,  mittel,  stark

### Ist die Regelblutung schmerzhaft?

nein,  ja, schon immer,  ja seit \_\_\_\_\_

### Wann begann die letzte Periodenblutung?

\_\_\_\_\_ (Tag, Monat, Jahr)

### Ist der Zyklus derzeit regelmäßig?

ja, Abstand von Blutungsbeginn zu Blutungsbeginn

(Zykluslänge) ca. \_\_\_\_\_ Tage

ja, nehme die Pille

nein

Zyklus verlängert bis zu \_\_\_\_\_ Tagen

Zyklus verkürzt auf \_\_\_\_\_ Tage

Zyklus völlig unregelmäßig

Periodenblutung bleibt völlig aus seit \_\_\_\_\_

## Schwangerschaften

### Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

### Wann waren die Geburten?

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

## Gynäkologische Anamnese

### Verhüten Sie?

nein

ja: Haben Sie mit einem der folgenden Mittel verhütet?

### Antibabypille (Ovulationshemmer)

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ (Jahr)

### Welche Pille haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Wann haben Sie zuletzt die Pille benutzt?

\_\_\_\_\_

Spirale von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Welche Spirale haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Welche anderen Verhütungsmittel benutzen Sie oder haben Sie benutzt?

\_\_\_\_\_

### Hatten Sie Bauch- oder Unterleibsoperationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

### Hatten Sie bereits folgende gynäkologische Erkrankungen?

Entzündungen der Scheide, z. B. Pilzinfektionen,

Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Gebärmutter, Jahr \_\_\_\_\_, wie

behandelt? \_\_\_\_\_

Entzündungen der Eileiter, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?

\_\_\_\_\_

Entzündungen der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	

Zysten der Eierstöcke, Jahr \_\_\_\_\_, wie behandelt?  
\_\_\_\_\_

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_ wie behandelt? \_\_\_\_\_

Myome, Jahr der ersten Diagnose \_\_\_\_\_, wie behandelt? \_\_\_\_\_

bösartige gynäkologische Erkrankungen

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_,

wie behandelt? \_\_\_\_\_

#### Wann war die letzte Krebsvorsorge?

\_\_\_\_\_ (Monat, Jahr)

#### Hatten Sie in der Vergangenheit einen auffälligen Krebsvorsorgeabstrich?

Ja  Nein

#### Wann war die letzte Mammographie?

\_\_\_\_\_

#### Hatten Sie eine HPV Impfung?

nein

ja

Wenn ja wann?

Jahr \_\_\_\_\_

### Allgemeine Anamnese

#### Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden

##### Erkrankungen bekannt:

Schilddrüsenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Zuckerkrankheit: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bluthochdruck: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Lebererkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Nierenerkrankung: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Bösartige Erkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche?) \_\_\_\_\_ (Jahr)

andere Tumorerkrankungen:

\_\_\_\_\_ (welche? Jahr?)

Lungenerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Erkrankungen des Blutes: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: \_\_\_\_\_ (Jahr)

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Leiden Sie an chronischen Beschwerden:

Kopfschmerzen:  zyklusabhängig,  nicht  
zyklusabhängig

Muskel- und Gelenkschmerzen

Rückenschmerzen

Unterleibsschmerzen:  zyklusabhängig,

nicht zyklusabhängig

#### Sind Allergien bekannt?

nein  ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

#### Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein  ja

Welche Medikamente sind das?

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

Präparat \_\_\_\_\_

Menge \_\_\_\_\_

Einnahme seit \_\_\_\_\_ (Jahr)

#### Gibt es in der Familie jemanden mit einer Krebserkrankung?

Brustkrebs  Ovarialkrebs  Darmkrebs

Sonstige: \_\_\_\_\_

#### Hatten Sie bereits Operationen?

nein

ja

Wenn ja:

Welche Operationen waren das und wann?

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

OP \_\_\_\_\_ Jahr \_\_\_\_\_

#### Rauchen Sie

ja,  nein

1 – 5 Zig./Tag,  5 – 15 Zig./Tag,

mehr als 15 Zig./Tag

#### Seit wie viel Jahren rauchen Sie?

Ca. \_\_\_\_\_ Jahre

#### Trinken Sie Alkohol?

selten oder nie,  gelegentlich,  regelmäßig

### Liebe Kinderwunsch-Patienten,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten einer etwaigen Kinderwunschbehandlung nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 2
Datum: 16.03.2010	Datum: 17.02.2020	Datum: 17.02.2020	