

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

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? _____

Zysten der Eierstöcke, Jahr _____, wie behandelt? _____

Endometriose, Jahr der ersten Diagnose _____ wie behandelt? _____

Erstellt von: QMB	Freigegeben von: Dr.Krieg	Geändert durch: Kopp	Version 4
Datum: 16.03.2010	Datum: 15.04.24	Datum: 15.04.24	

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

Hatten Sie eine HPV Impfung?

nein

ja, wann / Jahr: _____

Allgemeine Anamnese

Sind bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden

Erkrankungen bekannt:

Schilddrüsenerkrankungen: _____ (Jahr)

Gerinnungsstörung: _____ (Jahr)

Zuckerkrankheit: _____ (Jahr)

Fettstoffwechselstörungen: _____ (Jahr)

Bluthochdruck: _____ (Jahr)

Nebennierenerkrankung: _____ (Jahr)

Lebererkrankung: _____ (Jahr)

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung: _____ (Jahr)

Nierenerkrankung: _____ (Jahr)

Lungenerkrankungen: _____ (Jahr)

Magen-Darm-Erkrankungen: _____ (Jahr)

Neurologische Erkrankungen: _____ (Jahr)

Autoimmunerkrankungen: _____ (Jahr)

Seelische Erkrankungen: _____ (Jahr)

Tumorerkrankungen:

_____ (welche? 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 chron. Erkrankung?

Brustkrebs Ovarialkrebs Darmkrebs

Schilddrüsenerkrankungen

Gerinnungsstörung

Zuckerkrankheit

Fettstoffwechselstörungen

Bluthochdruck

Nebennierenerkrankung

Lebererkrankung

Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankung

Autoimmunerkrankung

Seelische Erkrankungen

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

nein

ja 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 4
Datum: 16.03.2010	Datum: 15.04.24	Datum: 15.04.24	