

# 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	