

**Praxisklinik Frauenstrasse**  
Prof. Dr. med. K. Sterzik  
Dr.med. E. Strehler

### Anamnesebogen

(gesundheitliche Vorgeschichte)

Wir empfehlen Ihnen, diesen Bogen nach dem Ausfüllen auszudrucken und einfach zu Ihrem ersten Gesprächstermin mitzubringen, da wir persönliche Daten und intime Angaben nicht über das Internet zugesandt bekommen wollen (siehe „Privacy“).

#### Angaben der Frau:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

#### Seit wann besteht Ihr Kinderwunsch?

Bisherige Schwangerschaften: \_\_\_\_\_ davon Geburten: \_\_\_\_\_ davon Fehlgeburten: \_\_\_\_\_

Schwangerschaft aus gleicher Partnerschaft: ja    nein

#### Sind Sie verheiratet?

nein                    ja, seit \_\_\_\_\_

#### Ist Ihr Zyklus regelmäßig (alle 26 bis 35 Tage mit einer Blutung von 3-5 Tagen)?

ja    nein                    sondern: alle    Monate    ohne Medikamente nie

Besonderheiten zur Blutung:    sehr lang    sehr stark    sehr schmerzhaft  
Ihre letzte Periode war am:                    Zyklustag:

#### Haben Sie verhütet?

Mit Pille:    nein    ja                    von.....bis.....

Mit Spirale:    nein    ja                    von.....bis.....

#### Rauchen Sie?

nein                    ja    Wenn ja, wieviel?

---

#### Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft?

nein                    ja: Wann?.....

Mit welcher Methode:    Ultraschall                    Röntgenkontrastmittel                    Bauchspiegelung

Ergebnis: Linker Eileiter:    durchgängig    verschlossen  
Rechter Eileiter:    durchgängig    verschlossen

---

#### Bekannte Erkrankungen:

Zuckerkrankheit (Diabetes)  
Epilepsie  
Asthma, chronische Bronchitis  
Erkrankung von Magen und Darm  
Erkrankung der Nebenniere  
Tromboseneigung  
Blutungsneigung

Erkrankung der Leber  
Erkrankung des Herz-/Kreislauf-/Gefäßsystem  
Kopfschmerzen  
Migräne

Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?

nein ja Welche?.....

Bisherige Operationen?

nein Ja Wenn ja, welche?.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja Wenn ja, welche?.....

Haben Sie Allergien?

nein ja Wenn ja, welche?.....

Haben Sie speziell eine Allergie gegen Antibiotika?

nein ja Wenn ja, gegen welches?.....

---

Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt?

(bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)

Frühgeburten

Totgeburten

Kinder früh verstorben

körperliche und geistige Behinderungen

cystische Fibrose

sonstige Auffälligkeiten?.....

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?

nein ja Wenn ja, bei wem und was?

---

Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?

nein ja

Wenn ja, welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt?

Stimulation mit Tabletten (Clomifen) ja nein

Stimulation mit Spritzen ja nein

Inseminationen ja nein

IVF-Behandlungen (Punktion) ja nein

ICSI-Behandlungen ja nein

Kryotransfers ja nein

Sonstiges:

Gab es bei einer IVF/ICSI-Behandlung Komplikationen?

nein ja: Überstimulation der Eierstöcke

Blutungen

Infektionen

Andere.....

---

Angaben des Mannes:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Haben Sie bereits Kinder?

nein ja Wenn ja, aus dieser Beziehung? nein ja

Rauchen Sie?

nein ja Wenn ja, wieviel?

Wurde bei ihnen bereits eine Untersuchung des Samens (Spermiogramm) durchgeführt?

nein ja Wenn ja, mit welchem Ergebnis? normaler Befund  
auffälliger Befund

---

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen?

nein ja Wenn ja, an welchen?.....

Sonstige Erkrankungen oder Operationen?

nein ja Wenn ja, welche?.....

Hatten Sie eine Hodenverletzung?

nein ja Wenn ja, wann?.....

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?

nein ja Wenn ja, welche Therapie wurde durchgeführt? keine  
Hormontherapie  
Operation

Hatten Sie eine Entzündung am Hoden?

nein ja Wenn ja, wann?

Haben oder hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?

nein ja Wenn ja, sind Sie operiert worden? nein ja Wann?

---

Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt?

(bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)

Frühgeburten

Totgeburten

Kinder früh verstorben

körperliche und geistige Behinderungen

cystische Fibrose

sonstige Auffälligkeiten?.....

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?

nein ja Wenn ja, bei wem und was?.....

---

Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?

nein ja Wenn ja, was wurde bereits durchgeführt?.....

---