

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an.

Datum Erstgespräch:

Arzt:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Telefon:

Mobil:

E-Mail:

Krankenkasse:

Name Partner:

Familienstand:

Hausarzt/ärztin:
Adresse:

Frauenarzt/ärztin:
Adresse:

Größe:

Gewicht:

1. Seit wann wünschen Sie sich ein Kind?
Monat/Jahr:

2. Waren Sie bereits schwanger?

nein

ja, in jetziger Partnerschaft

ja, in anderer Partnerschaft

3. Haben Sie bereits ein Kind/Kinder?

nein

ja, mit jetzigem Partner

wann geboren (Jahr)

ja, mit anderem Partner

wann geboren (Jahr)

4. Gab es bei der Geburt Besonderheiten?

(z.B. Kaiserschnitt, Frühgeburt, Infektionen)

nein

ja, welche?

5. Hatten Sie eine Fehlgeburt?

nein

ja, wann? (Jahr)

6. Hatten Sie eine Eileiterschwangerschaft?

nein

ja, wann? (Jahr)

7. Hatten Sie einen Schwangerschaftsabbruch?

nein

ja, wann? (Jahr)

8. Ist Ihr Zyklus regelmäßig?

(kommt die Blutung in regelmäßigen Abständen)?

ja, zwischen und Tagen

wenn unregelmäßig, wie?

9. Wann war die letzte Periode?

Datum erster Tag der Periodenblutung

10. Ist Ihre Periode:

sehr stark? ja nein

schmerzhaft? ja nein

Wie lange dauert die Blutung? Tage

Haben Sie Zwischenblutungen? ja nein

Vorschimieren? ja nein

11. Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?

nein

ja

12. Wurde bereits die Eileiterdurchgängigkeit überprüft?
(mit Kontrastmittel-Ultraschall/ mit Bauchspiegelung?)

- nein
- ja

13. Ist eine Endometriose bekannt?

- nein
- ja
- unbekannt

14. Hatten Sie eine Operation, besonders im Bauchraum oder Unterleib?

- (z. B. Kaiserschnitt, Ausschabung, Bauchspiegelung?)
- nein
 - ja, welche?

15. Haben Sie Erkrankungen?

(z. B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankung, Thrombosen, Embolien, Herzerkrankung, Bluthochdruck, Nierenerkrankungen, Tumore, Unterleibsschmerzen?)

- nein
- ja, welche?

16. Nehmen Sie Medikamente ein?

- nein
- ja, welche?

17. Nehmen Sie bereits Folsäure ein?

- nein
- ja

18. Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen?

(z. B. Diabetes, Erbkrankheiten, Fehlbildungen, Thrombosen?)

- nein
- ja, welche?

19. Haben Sie Allergien?

- nein
- ja, welche?

20. Welche Verhütungsmethoden haben Sie verwendet?

- | | | |
|-----------------|-----|--------|
| die Pille von | bis | (Jahr) |
| die Spirale von | bis | (Jahr) |

21. Wurde eine Sterilisation durchgeführt?

- nein
- ja

22. Wurden bereits Zykluskontrollen beim Frauenarzt/ärztin durchgeführt?

- nein
- ja

23. Wurde bereits eine Hormonbehandlung durchgeführt?

(z. B. mit Tabletten (Clomifen, Letrozol) oder mit Spritzen?)

- nein
- ja, welche?

24. Wurde bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt?

- | | | |
|------|------|---------------|
| IUI | nein | ja, wieviele? |
| IVF | nein | ja, wieviele? |
| ICSI | nein | ja, wieviele? |

25. Was machen Sie beruflich?

26. Rauchen Sie?

- nein
- ja, wieviele Zigaretten?

27. Haben Sie viel Stress?

- | | | |
|-------------------------|------|----|
| Schichtarbeit | nein | ja |
| Lärm | nein | ja |
| Kontakt mit Chemikalien | nein | ja |
| Sonstiges | nein | ja |

Wenn ja, was?

28. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Bitte schicken Sie uns diesen Anamnesebogen ausgefüllt über unsere Homepage

([Service > Übermittlung von Unterlagen](#))

oder per Post zu:

**CERF
Bismarckallee 7 f
79098 Freiburg**

www.cerf-freiburg.de