

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 hat ihre letzte Periode begonnen?

Datum

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, Ergebnis

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?

	nein	ja
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