

Liebe Patientin,

wir heißen Sie herzlich Willkommen im Kinderwunschzentrum Magdeburg und bedanken uns für Ihr Vertrauen. Gerne begleiten wir Sie auf ihrem Weg zum Wunschkind. Unser Anspruch ist es, Ihre Therapie auf der Basis eines vertrauensvollen Miteinanders zu führen. Auf dieser Basis werden alle notwendigen diagnostischen Maßnahmen ergriffen und Befunde mit Ihnen besprochen, um die für Sie optimalen Therapie durchführen zu können.

In diesem Sinne möchten wir Sie gerne um die Beachtung folgender Punkte bitten:

- Bitte füllen Sie den Anamnesebogen gut leserlich möglichst in Blockschrift aus.
- Bitte beantworten Sie die unten gestellten Fragen wahrheitsgemäß und möglichst vollständig.
- Bitte setzen Sie uns über Allgemeinerkrankungen während der Therapie, z.B. grippaler Infekt, in Kenntnis.
- Bitte vermeiden Sie die Einnahme von (nicht therapierelevanten) Medikamenten und reduzieren oder vermeiden Sie möglichst Alkohol- und Nikotinkonsum.
- Im Rahmen einer jeden Kinderwunschbehandlung ist eine eindeutige Identifizierung des Paares durch den Personalausweis erforderlich. Bitte vergessen Sie nicht, diesen zum Termin mitzubringen.**

Wir erklären uns bereit, Änderungen der Krankenkasse, Adresse oder Telefonnummer unverzüglich der Praxis mitzuteilen.

Frau	Partnerin
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Straße:	Straße:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Tel. Privat (oder Handy):	Tel. Privat (oder Handy):
Terminerinnerung per SMS: ja nein <i>(bezieht sich nur auf Befundauswertung und Spermogramm)</i>	Terminerinnerung per SMS: ja nein <i>(bezieht sich nur auf Befundauswertung und Spermogramm)</i>
Email:	Email:
Krankenversicherung:	Krankenversicherung:
Gynäkologe:	Gynäkologe:
Beruf:	Beruf:
Empfehlung durch: Bekannte/Freunde Überweiser Internet Medien _____	
Verheiratet: ja nein noch in anderer Partnerschaft verheiratet: ja nein	
Größe cm Gewicht kg	Größe cm Gewicht kg
Nikotin: nein ja ____ Anzahl/Tag	Nikotin: nein ja ____ Anzahl/Tag
Alkohol: nein gelegentlich häufig	Alkohol: nein gelegentlich häufig

Kinderwunsch seit:

Entfernung Praxis / Wohnort ca. ____ km

Magdeburg, _____

Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Patientin



Zyklusanamnese der Patientin

<p>Erste Regelblutung im Alter von ca _____ Jahren 1. Tag der letzten Regel: _____</p> <p>Blutungsrhythmus: (Abstand 1.Tag der Regel bis Tag der nächsten Regel)</p> <p>regelmäßig, zwischen ____ und ____ Tagen</p> <p>unregelmäßig zwischen _____ und _____ T/W/M</p> <p>keine Regelblutungen mehr seit _____</p>	<p>Dauer der Regelblutung: _____ Tage Zwischenblutungen</p> <p>Blutungsstärke: schwach mittel stark</p> <p>Regelschmerzen: Auf einer Scala von 0 keine bis 10 stark 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>																												
<p>Frühere Verhütungsmethoden:</p> <p>Pilleneinnahme Nein Ja von _____ bis _____</p> <p>Spirale Nein Ja von _____ bis _____</p>	<p>letzte Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Frauenarzt:</p> <p>Datum: _____</p>																												
<p>Schwangerschaften? nein</p>																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>Geburt</th> <th>Eileiter-SS</th> <th>Fehlgeburt/SSW</th> <th>Abbruch/SSW</th> <th>spontan</th> <th>Behandlung.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Jahr	Geburt	Eileiter-SS	Fehlgeburt/SSW	Abbruch/SSW	spontan	Behandlung.																					
Jahr	Geburt	Eileiter-SS	Fehlgeburt/SSW	Abbruch/SSW	spontan	Behandlung.																							

<p>Familienkrankengeschichte:</p> <p>Krebs _____</p> <p>Diabetes _____</p> <p>Bluthochdruck _____</p> <p>Andere _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Eigene Erkrankungen:</p> <p>Schilddrüsenerkrankung: _____</p> <p>Zuckerkrankheit: _____</p> <p>Bluthochdruck, seit wann? _____</p> <p>Blutgerinnungserkrankung: _____</p> <p>Krebs/andere Tumoren: _____</p> <p>Seelische Erkrankungen: _____</p> <p>Allergien: _____</p> <p>_____</p> <p>andere Erkrankungen: _____</p> <p>_____</p>
--	---



Bisherige Diagnostik Keine	Bisherige Therapie Keine	
Jahr Praxis/Klinik Diagnose	Jahr Praxis/Klinik Therapie	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
_____	_____	
Medikamente Keine	Operationen Keine	
Name Dosis Indikation	Jahr Klinik OP	
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
	Schwangerschaften erzielt: Ja Nein	
	mit dieser Partnerin _____	
	mit anderer Partnerin _____	
Sonstiges:		

Magdeburg _____

Unterschrift Patientin