

Liebe Patientin, lieber Patient,

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 therapie relevanten) 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.

Patientenangaben

Frau	Mann
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:	Urologe:
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 Partner



Zyklusanamnese Frau

<p>Erste Regelblutung im Alter von ca _____ Jahren 1. Tag der letzten Regel: _____</p> <p>Blutungsrhythmus:(Abstand 1. Tag der Regel bis 1.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: Datum: _____</p> <p>Bitte letzten Pap-Befund vorlegen!</p>																																						
<p>Schwangerschaften? nein</p>																																							
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th rowspan="2">Jahr</th> <th rowspan="2">Geburt</th> <th rowspan="2">Eileiter-SS</th> <th rowspan="2">Fehlgeburt/SW</th> <th rowspan="2">Abbruch/SSW</th> <th colspan="2">dieser Partner</th> <th rowspan="2">spontan</th> <th rowspan="2">Behandlung.</th> </tr> <tr> <th>Ja</th> <th>Nein</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Jahr	Geburt	Eileiter-SS	Fehlgeburt/SW	Abbruch/SSW	dieser Partner		spontan	Behandlung.	Ja	Nein						Ja	Nein								Ja	Nein								Ja	Nein		
Jahr	Geburt						Eileiter-SS	Fehlgeburt/SW			Abbruch/SSW	dieser Partner		spontan	Behandlung.																								
		Ja	Nein																																				
					Ja	Nein																																	
					Ja	Nein																																	
					Ja	Nein																																	

Frau

Mann

<p>Familienkrankengeschichte:</p> <p>Krebs _____</p> <p>Diabetes _____</p> <p>Bluthochdruck _____</p> <p>Andere _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<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> <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>Hodenhochstand _____</p> <p>Mumps/Ziegenpeter _____</p> <p>Krampfadern am Hoden _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>



Frau

Mann

Medikamente Name Dosis Keine Indikation _____ _____ _____			Medikamente Name Dosis Keine Indikation _____ _____ _____		
Operationen Jahr Klinik Keine OP _____ _____ _____			Operationen Jahr Klinik Keine OP _____ _____ _____		
Bisherige Diagnostik Jahr Praxis/Klinik Keine Diagnose _____ _____ _____			Bisherige Diagnostik Jahr Praxis/Klinik Keine Diagnose _____ _____ _____		
Bisherige Therapie Jahr Praxis/Klinik Keine Therapie _____ _____ _____			Bisherige Therapie Jahr Praxis/Klinik Keine Therapie _____ _____ _____		
			Schwangerschaften erzielt: Ja Nein mit diesem Partner _____ mit anderem Partner _____		
Wie häufig haben Sie durchschnittlich sexuellen Verkehr? ca. ____mal pro Woche oder ca. _____mal pro Monat nur um den Eisprung herum in letzter Zeit gar nicht Bemerkungen:					
Sonstiges:					

Magdeburg, _____
Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Partner