

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 der Patientin durch den Personalausweis erforderlich. Bitte vergessen Sie nicht, diesen zum Termin mitzubringen. Ich erkläre mich bereit, Änderungen der Krankenkasse, Adresse oder Telefonnummer unverzüglich der Praxis mitzuteilen.**

Patientenangaben	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ/Ort:	
Tel. Privat (oder Handy):	
Terminerinnerung per SMS: ja nein	
Email:	
Krankenversicherung:	
Gynäkologe:	
Beruf:	
Empfehlung durch: Bekannte/Freunde Überweiser Internet Medien _____	
Größe	cm Gewicht kg
Nikotin:	nein ja ____ Anzahl/Tag
Alkohol:	nein gelegentlich häufig
Kinderwunsch seit:	Entfernung Praxis / Wohnort ca. ____ km

Magdeburg, _____ Datum
_____ 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;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Jahr</th> <th style="width: 10%;">Geburt</th> <th style="width: 10%;">Eileiter-SS</th> <th style="width: 15%;">Fehlgeburt/SSW</th> <th style="width: 15%;">Abbruch/SSW</th> <th style="width: 10%;">spontan</th> <th style="width: 30%;">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			Bisherige Therapie		
Keine			Keine		
Jahr	Praxis/Klinik	Diagnose	Jahr	Praxis/Klinik	Therapie
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Medikamente			Operationen		
Keine			Keine		
Name	Dosis	Indikation	Jahr	Klinik	OP
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Sonstiges:

Magdeburg _____

Unterschrift Patientin