

Selbstauskunft Patientin

Sie helfen uns sehr, wenn Sie diesen Bogen vor dem Erstgespräch ausfüllen und abgeben. Alle Angaben sind natürlich streng vertraulich!

Name: _____ **Vorname:** _____

Name und Vorname des Partners: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____

Telefon (Festnetz): _____ **Beruf:** _____

Telefon (mobil): _____ **Größe:** _____

Krankenversichert bei: _____ **Gewicht:** _____

verheiratet mit o.g. Partner seit: / / **nicht verheiratet :**

verheiratet mit anderem Partner:

(Bitte alle Felder unbedingt ausfüllen!)

Vorstellungsgrund: _____

Ist „Kinderwunsch“ Ihr Vorstellungsgrund, sagen Sie uns bitte seit wann dieser besteht: _____ (Monat, Jahr)

Waren Sie wegen Kinderwunsch bereits in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
 Falls ja, ergänzen Sie bitte:

| Jahr | Art der Behandlung (IUI/ IVF/ ICSI) | Ort der Behandlung | Medikamente (Stimulation) | Schwangerschaft eingetreten? |
|------|-------------------------------------|--------------------|---------------------------|------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft? Ja, _____ (Jahr) Nein

Falls ja, - mit welcher Methode? Ultraschallkontrastuntersuchung Röntgen

Bauchspiegelung

- mit welchem Ergebnis? Eileiter rechts: durchgängig geschlossen

Eileiter links: durchgängig geschlossen

Hatten Sie schon gynäkologische Erkrankungen? (z.B. Zysten, Eileiterentzündungen) Ja Nein
 Falls ja, ergänzen Sie bitte:

| Jahr | Art der Erkrankung | Therapie (Medikamente/ Operationen) | Wo wurde die Behandlung durchgeführt? |
|------|--------------------|-------------------------------------|---------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Wurden bei Ihnen schon Operationen im Bauchraum durchgeführt? Ja Nein
 Falls ja, ergänzen Sie bitte:

| Jahr | Eingriff | Klinik |
|------|----------|--------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Waren Sie bereits schwanger? Ja Nein
 Falls ja, ergänzen Sie bitte:

| Jahr | mit jetzigem Partner? | nach Kinderwunschbehandlung? | Ausgang (Geburt, Fehlgeburt, EUG, Abbruch) |
|------|-----------------------|------------------------------|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Zyklusanamnese:

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung? Mit _____ Jahren.

Haben Sie Empfängnisschutz betrieben?

- Ja, von _____ bis _____ durch _____
 von _____ bis _____ durch _____
 von _____ bis _____ durch _____
 (Pille, Spirale, Sterilisation etc.)
- Nein

Wie lang ist aktuell der Abstand vom ersten Tag Ihrer Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?

- regelmäßig** zwischen _____ und _____ Tagen
- unregelmäßig** zwischen _____ und _____ Tagen
- zur Zeit **keine Regelblutung** (seit: _____ Tagen/ Wochen/ Monaten)

Wie lange dauert im Durchschnitt Ihre Regelblutung? Zwischen _____ und _____ Tagen

Gibt es Komplikationen bzw. Beschwerden bei Ihrer Regelblutung? Falls ja, welche sind das?

Haben Sie bereits Ihre Basaltemperatur zur Bestimmung Ihrer fruchtbaren Tage gemessen?

ja, der Eisprung ist ca. am _____ Zyklustag nein

1. Tag der letzten Regelblutung (Datum): _____

Eigene Anamnese:

Rauchen Sie? Nein 1-5 Zig./Tag 6-15 Zig./ Tag >16 Zig./ Tag

Trinken Sie Alkohol? nie selten gelegentlich regelmäßig

Nehmen Sie Drogen? nie selten gelegentlich regelmäßig

Welche Drogen? _____

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt?

- Epilepsie
- Unterleibsschmerzen
- Nierenerkrankung
- Lebererkrankung
- Kopfschmerzen / Migräne
- Diabetes (Zuckerkrankheit) insulinpflichtig nicht insulinpflichtig (Alters-)Diabetes in der Familie
- Krebs / andere Tumore _____
- Schilddrüsenerkrankungen _____
- sonstige Erkrankungen: _____

- Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßkrankung
- Asthma / chron. Bronchitis
- Nebennierenerkrankung
- Magen-/ Darmerkrankung
- Thrombose/Embolie bei Ihnen / in der Familie

Haben Sie Allergien ?

Nein Ja, _____

Liegt oder lag in der Vergangenheit eine Eßstörung vor? (Anorexie / Bulimie)

Nein Ja, von _____ bis _____

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig / aktuell ein?

Keine _____

Nehmen Sie bereits ein Folsäurepräparat ein?

Nein Ja, _____
 mit Jod ohne Jod

Name / Adresse Ihrer Frauenärztin / Ihres Frauenarztes:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Frauenärztin / mein Frauenarzt ggf. über meinen Behandlungsverlauf informiert wird. (ggf. streichen)

Falls Sie wünschen, dass Ihr Hausarzt Kopien der Briefe erhält, geben Sie bitte die genaue Adresse an:

Die Mitarbeiter des Kinderwunschzentrums repromedicum und der pro Vita GmbH unterliegen analog den Ärzten der Schweigepflicht.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Kinderwunschzentrum repromedicum und die pro Vita GmbH mit der elektronischen Datenverarbeitung arbeiten.

Ich versichere alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

X.....
Ort, Datum

X.....
Unterschrift der Patientin

Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind:

Frauenarzt Hausarzt Internet Bekannte / Freunde

Flyer / Broschüre Sonstiges: _____