



### Anamnesefragebogen Patientin

Sehr geehrte Patientin! Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig und leserlich aus!

Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ /Ort:	
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail:	
Beruf	
Krankenversicherung:	

Wer ist Ihr/e behandelnde/r Gynäkologe/Gynäkologin?

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie Kinderwunsch?  
Monat/ Jahr: \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?  Nein  
 Ja: \_\_\_\_\_

Haben Sie Vorerkrankungen?  Nein  
 Ja: \_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?  
Medikament: \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  
 Ja, Anzahl Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_  
 E-Zigarette  Shisha

Konsumieren Sie weitere Genussmittel?  
 Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein  
Wie häufig? \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits Schwanger?  Nein  
 Ja, die Zeitdauer bis zum Eintreten der Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ Monate

Monat/ Jahr	Ausgang der Schwangerschaft: Geburt (G); Kaiserschnitt (K); Fehlgeburt (F); Eileiterschw. (E); Abbruch (A)	Mit jetzigem Partner?	Nach einer Kinderwunsch- behandlung?
	G <input type="radio"/> K <input type="radio"/> F <input type="radio"/> E <input type="radio"/> A <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	G <input type="radio"/> K <input type="radio"/> F <input type="radio"/> E <input type="radio"/> A <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	G <input type="radio"/> K <input type="radio"/> F <input type="radio"/> E <input type="radio"/> A <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	G <input type="radio"/> K <input type="radio"/> F <input type="radio"/> E <input type="radio"/> A <input type="radio"/>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Traten Komplikationen auf?  Ja  Nein

Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft?  Nein  
 Ja, wann? \_\_\_\_\_

Mit welcher Methode?  
 Ultraschall  Bauchspiegelung

Mit welchem Ergebnis?  
Eileiter links:  durchgängig  verschlossen  
Eileiter rechts:  durchgängig  verschlossen

Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?  
 regelmäßig zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen  
 unregelmäßig zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen  
 zur Zeit keine Regelblutung seit \_\_\_\_\_

Wie lange dauert die Regelblutung im Durchschnitt?  
Zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ Tagen

Haben Sie Zwischenblutungen?  Ja  Nein

Datum der letzten Regelblutung: \_\_\_\_\_

Haben Sie Schmerzen während der Periode?  
 Ja  Nein  
 leicht  mittel  stark

Wie häufig?  selten  gelegentlich  immer  
Nehmen Sie Schmerztabletten ein?  Ja  Nein

Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Behandlung?  
 Ja, seit \_\_\_\_\_  Nein

Falls ja, welche? \_\_\_\_\_

Falls ja, welche Ärzte haben Sie bereits aufgesucht?  
\_\_\_\_\_



**Welche Behandlungen wurden bisher bei Ihnen durchgeführt?**

Art der Therapie	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Insemination mit Fremdspermien		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Künstliche Befruchtung <b>IVF</b>		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Künstliche Befruchtung mit Microinjektion <b>ICSI</b>		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Auftauzyklus (Kryotransfer)		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Andere:		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

Welche Medikamente haben Sie erhalten?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Wenn bei Ihnen bereits eine künstliche Befruchtung IVF/ ICSI oder auch ein Kryotransfer durchgeführt worden ist:**

Senden Sie uns bitte möglichst Ihre Spritzenprotokolle zu.

**Traten Komplikationen auf?**

Ja  Nein

Falls ja, welche?

Blutungen  Überstimulationssyndrom

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?**

Ja, welche?  Nein

\_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_

**Wurden bereits noch andere Operationen durchgeführt?**

Ja, welche?  Nein

\_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Wann: \_\_\_\_\_

**Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft oder Stillzeit, den Austritt von Sekret aus Ihrer Brust bemerkt?**

Ja  Nein

Ja, jedoch nur nach Provokation

Seit wann? \_\_\_\_\_

**Leiden Sie unter folgenden Symptomen?**

**Akne:**

Ja, seit: \_\_\_\_\_  Nein  
 leicht  mittel  stark

**Haarausfall:**

Ja, seit: \_\_\_\_\_  Nein  
 leicht  mittel  stark

**Zunahme der Körperbehaarung:**

Ja, seit: \_\_\_\_\_  Nein  
 leicht  mittel  stark

**Wie sind Sie auf unser Kinderwunschzentrum aufmerksam geworden?**

Frauenärztin/ Frauenarzt  
 Urologin/ Urologen  
 Internet, mit welcher Stichwortsuche?

\_\_\_\_\_

Freunde/ Bekannte/ Familie

Arbeitskollegin/ Arbeitskollege

Sonstige: \_\_\_\_\_

**Mit der Angabe Ihrer E-Mailadresse geben Sie Ihr Einverständnis zu einem unverschlüsselten E-Mail-Kontakt.**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Vielen Dank 😊!



# Kinderwunschzentrum Münster

## Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

**Vorname, Name Patientin:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_

**Vorname, Name Partnerin:** \_\_\_\_\_ **geb. am:** \_\_\_\_\_

Mit der Blutentnahme für Hepatitis B und C und einen HIV-Test bin ich einverstanden.

Diese Einwilligung wird für folgende Behandlungen(-Verträge) erteilt: (Unzutreffendes bitte streichen)

- Blutentnahmen
- Mikrobiologische Untersuchungen
- IVF/ICSI
- Ultraschall
- Insemination
- Kryokonservierung

Im Rahmen dieser Einwilligung bin ich damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Ich erkläre mich einverstanden, dass eine Kopie meines Personalausweises (entsprechend § 5 TPG) in der Akte hinterlegt werden darf.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an mich und an Dritte, z. B. Kostenträger, Gynäkologen, Hausärzte, Ehepartner bzw. Lebensgefährten/in auch unverschlüsselt per E-Mail und SMS übermittelt werden. Ebenso darf das MVZ zu Statistikzwecken die Daten zu einer im Rahmen der Kinderwunschbehandlung entstandenen Schwangerschaft und deren Verlauf bei meinem behandelnden Gynäkologen erfragen.

Die Weitergabe von Behandlungsdaten an die zuständigen Kreis- und Landesbehörden, Apotheken, Ärztekammer und an das Deutsche IVF-Register (D.I.R.), die zum Teil auch gesetzlich vorgeschrieben ist, geschieht in **anonymisierter/pseudonymisierter** Form. Spezielle medizinische Details dürfen in fachlichen Publikationen verwendet werden.

Die Patientinnen stimmen zu, dass die Rechnungsstellung und damit die personenbezogene Datenweitergabe an die ärztlich geleitete Verrechnungsstelle „PVS“, Moltkestraße 1, 23795 Bad Segeberg, erfolgen kann.

Es wird sichergestellt, dass alle Daten im Falle einer Schließung der Praxis weiterhin nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen abrufbar sind.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patientin)

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

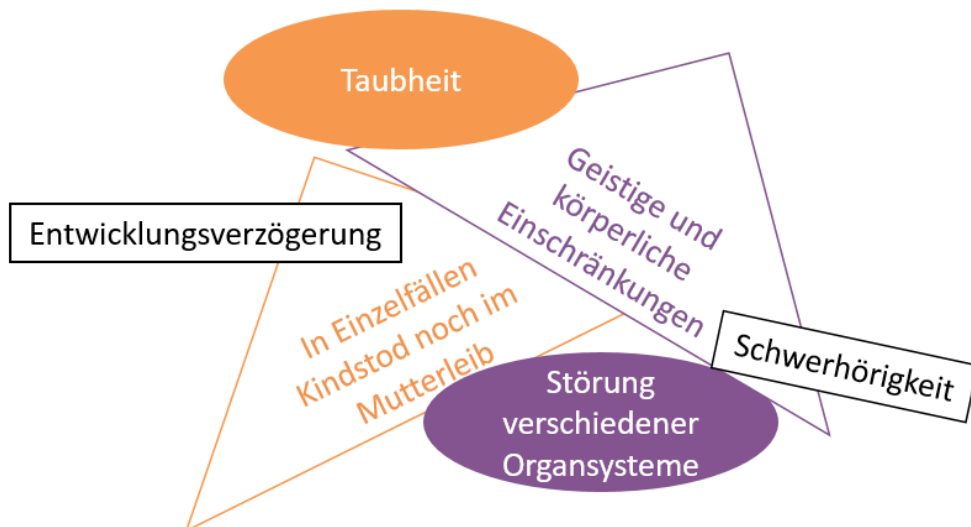
\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Partnerin)

Information zum Screening auf Zytomegalie  
(Cytomegalie-Virus = CMV)

WAS GENAU IST EINE  
**CYTOMEGALIE-INFREKTION?**

Die Cytomegalie ist eine Infektionserkrankung, die durch das Zytomegalie-Virus (Cytomegalie-Virus: abgekürzt CMV) verursacht wird. In den meisten Fällen verläuft eine CMV-Infektion unbemerkt oder mit unspezifischen Symptomen (wie Abgeschlagenheit, Fieber, Husten).

**In der vermeintlichen Harmlosigkeit liegt gleichzeitig die Gefahr. Infiziert sich eine Frau kurz vor oder während der Schwangerschaft zum ersten Mal mit CMV, kann das lebenslange Auswirkungen für das Kind haben.**



**WAS KANN ICH TUN?**

Wir bieten Ihnen an, vor der Kinderwunschtherapie einen **Antikörpertest** durchzuführen.

Dieser CMV-Antikörpertest wird derzeit leider noch nicht von den gesetzlichen Krankenkassen finanziert.

Ich habe die Information gelesen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_