



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:	

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 O K O F O E O A O	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	G O K O F O E O A O	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	G O K O F O E O A O	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
	G O K O F O E O A O	<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 Overschlossen

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 leicht mittel Ostark Nein

Wie häufig? selten gelegentlich immer

Nehmen Sie Schmerztabletten ein? Ja Nein

Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?

ca. _____ pro Woche

ca. _____ pro Monat

Haben Sie Beschwerden/ Probleme beim Verkehr

Nein

Ja, welche? _____

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

Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____

Sind Sie miteinander verheiratet?

Ja Nein

Gewicht: _____ **und** **Größe:** _____

Seit wann haben Sie Kinderwunsch?

Monat/ Jahr: _____

Haben Sie Allergien? Nein

Ja: _____

Haben Sie Vorerkrankungen?

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 wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Behandlung?

Ja, seit _____ Nein

Falls ja, welche Ärzte haben Sie bereits aufgesucht?

Welche Behandlungen wurden bisher bei Ihnen durchgeführt?

Art der Therapie	Anzahl Zyklen	Schwangerschaft
Zykluskontrolle mit Verkehr		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Insemination mit Spermien des Partners		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Insemination mit Fremdspermien		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Künstliche Befruchtung IVF		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Künstliche Befruchtung mit Microinjektion ICSI		<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 Kryo-transfer 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 😊!



Anamnesefragebogen Patient

Sehr geehrter Patient! Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig und leserlich aus!

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

Wer ist Ihr/e behandelnde/r Urologe/Urologin?

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Gewicht: _____ kg und Größe: _____ cm

Haben Sie Allergien?

Ja Nein

falls ja, welche?

Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?

Ja, wann zuletzt? _____ Nein
falls ja wie war das Ergebnis? Normal auffällig

**Wurden Sie bereits von einem Männerarzt/
Urologen/Andrologen untersucht?**

Ja Nein

wann zuletzt? _____

unauffällig auffällig

Rauchen Sie? Nein

Ja, Anzahl Zigaretten pro Tag _____

E-Zigarette Shisha

Konsumieren Sie weitere Genussmittel?

Ja, welche? _____ Nein
wie häufig? _____

Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?

Ja Nein

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Keine

Haben Sie Vorerkrankungen? Nein

Ja, welche? _____

Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

Nein

Ja, mit jetziger Partnerin

Ja, mit früherer Partnerin

Nach einer Kinderwunschbehandlung?

Ja Nein

Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?

Ja Nein

Hatten Sie eine Hodenverletzung?

Ja, wann? _____ Nein
falls ja, welche Therapie erfolgte?

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?

Ja, links Ja, rechts Nein

Wann? _____

falls ja, welche Therapie erfolgte?

keine Hormongaben Operation

Hatten Sie eine Entzündung der Hoden?

Ja, wann? _____ Nein

falls ja, welche Therapie erfolgte?

Hatten Sie einen Hoden-Tumor?

Ja, links Ja, rechts Nein

falls ja, wann? _____

Welche Therapie erfolgte?

Haben Sie Erektionsstörungen?

Ja Nein

Haben Sie sich sterilisieren lassen?

Ja, wann? _____ Nein

Hatten Sie Krampfadern am Hoden?

Ja, links Ja, rechts Nein

Gab es andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?

Ja, wann? _____ Nein

falls ja, welche?

_____ Jahr: _____

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 Partner: _____ 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.

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)

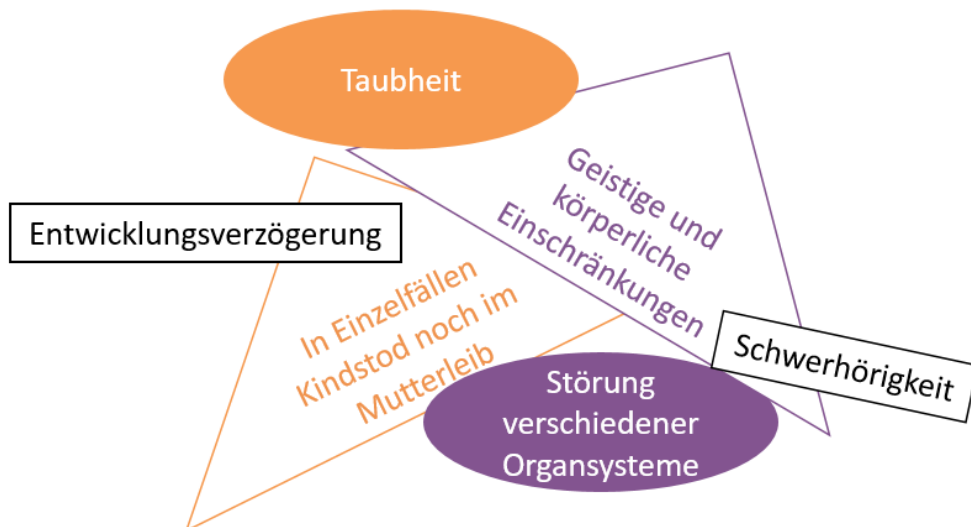
(Unterschrift Partner)

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

WAS GENAU IST EINE
CYTOMEGALIE-INFEKTION?

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: _____