



## 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: \_\_\_\_\_

Sind Sie miteinander verheiratet?

Ja  Nein

Gewicht: \_\_\_\_\_ und Größe: \_\_\_\_\_

Seit wann haben Sie Kinderwunsch?

Monat/ Jahr: \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien?

Nein

O Ja: \_\_\_\_\_

Haben Sie Vorerkrankungen?

\_\_\_\_\_

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

Medikament:

Grund:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Rauchen Sie?

Nein

O Ja, Anzahl Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_

O E-Zigarette O Shisha

Konsumieren Sie weitere Genussmittel?

O Ja, welche? \_\_\_\_\_ Nein

wie häufig? \_\_\_\_\_

Waren Sie bereits Schwanger? Nein

O Ja, die Zeitdauer bis zum Eintreten der

Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ Monate

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

Traten Komplikationen auf? Ja  O Nein

Wurden Ihre Eileiter bereits überprüft? Nein

O Ja, wann? \_\_\_\_\_

Mit welcher Methode?

O Ultraschall O Bauchspiegelung

Mit welchem Ergebnis?

Eileiter links: O durchgängig O verschlossen

Eileiter rechts: O durchgängig Overschlossen

Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Regelblutung (Zyklusdauer)?

O regelmäßig zwischen \_\_\_\_ und \_\_\_\_ Tagen

O unregelmäßig zwischen \_\_\_\_ und \_\_\_\_ Tagen

O 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?

O Ja O leicht O mittel Ostark O Nein

Wie häufig? O selten O gelegentlich O immer

Nehmen Sie Schmerztabletten ein? O Ja O Nein

Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr mit Ihrem Partner?

ca. \_\_\_\_\_ pro Woche

ca. \_\_\_\_\_ pro Monat

Haben Sie Beschwerden/ Probleme beim Verkehr

Nein

O Ja, welche? \_\_\_\_\_



**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	
Krankenversicherung:	

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.

Die Patient:innen 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)

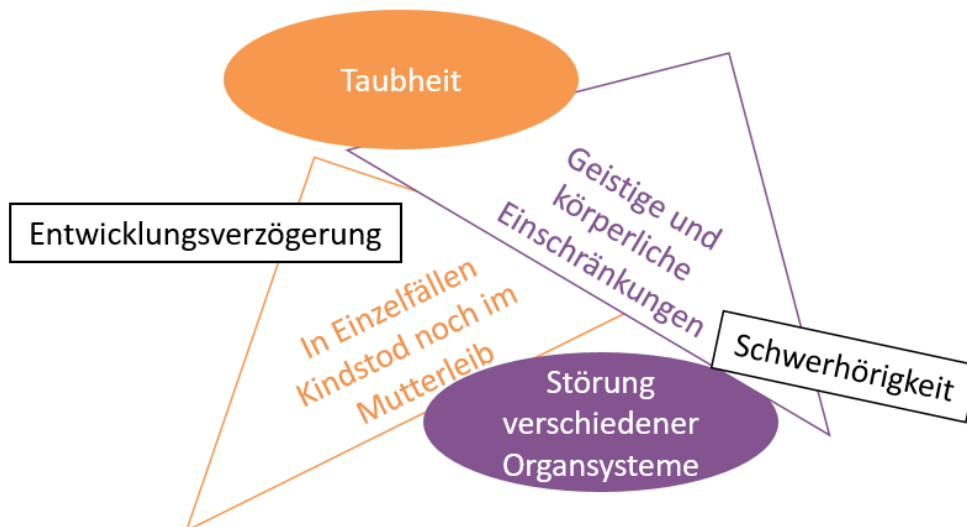
\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Partner)

**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: \_\_\_\_\_