

**ANAMNESEBOGEN – FRAU**

ausgefüllt am: _____

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsname:	Geburtsort:	
Straße, Haus-Nr.:		PLZ, Ort:	
Krankenkasse:		Beruf:	
Telefon-Nr.:		Handy-Nr.:	
E-Mail:		Nationalität:	
Größe:	Gewicht:	Verheiratet mit diesem Partner? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie? ja <input type="checkbox"/> (wieviel) _____ nein <input type="checkbox"/>			
Alkohol: nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/>			
Ihr behandelnder Hausarzt: _____			
Ihr behandelnder Frauenarzt/Gynäkologe: _____			
Soll nach Abschluss einer Behandlung ein Brief an Ihren Frauenarzt versandt werden? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
Sind Sie gesund? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Falls nein, welche Erkrankung haben Sie? _____			
Bemerkung: _____			
<input type="checkbox"/> Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Asthma	
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung	
<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> Nieren-/Nebennieren-/Lebererkrankung		
Krebserkrankung			
Sonstige Erkrankung:			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Falls ja, welche? _____			
Wurde bei Ihnen bereits eine genetische Untersuchung (Chromosomenanalyse) durchgeführt? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ergebnis unauffällig <input type="checkbox"/> Ergebnis auffällig _____			
Wurde bei Ihnen bereits ein Test auf Mucoviszidose/cystische Fibrose durchgeführt? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ergebnis unauffällig <input type="checkbox"/> Ergebnis auffällig _____			
Wurden Sie schon einmal operiert? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
Was/wann: _____			

Ist die Eileiterdurchgängigkeit getestet worden? nein ja

Wenn ja, wann? _____ Mit welcher Methode? Bauchspiegelung Ultraschall

Ergebnis: _____

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

nein ja _____

Waren Sie bisher in einer Kinderwunschbehandlung? nein ja

Falls ja, was wurde bereits durchgeführt?

Zyklusüberwachung und geplanter Geschlechtsverkehr nein ja Anzahl: _____

Stimulation der Eierstöcke mit Tabletten oder Spritzen nein ja Anzahl: _____

Insemination nein ja Anzahl: _____

IVF-Behandlung nein ja Anzahl: _____

ICSI-Behandlung nein ja Anzahl: _____

Kryozyklus nein ja Anzahl: _____

Waren Sie schon einmal schwanger? nein ja

Jahr: _____ Ausgang der Schwangerschaft: _____ früherer Partner jetziger P.

Jahr: _____ Ausgang der Schwangerschaft: _____ früherer Partner jetziger P.

Jahr: _____ Ausgang der Schwangerschaft: _____ früherer Partner jetziger P.

Wann war die letzte Periodenblutung? _____

Wie häufig kommt die Periodenblutung? _____

Haben Sie Schmerzen während der Blutung? nein ja

Haben Sie Zwischenblutungen? nein ja

Wann war Ihr letzter Besuch beim Frauenarzt? _____

Ungeschützter Geschlechtsverkehr seit: _____

Gibt es dabei Probleme? nein ja

Haben Sie schon einmal die Pille eingenommen? nein ja

 Wenn ja, wie lange? _____

Haben Sie anderer Verhütungsmethoden verwendet (z.B. Spirale oder 3 Monats-Spritze)?

 nein ja

Haben Sie sich sterilisieren lassen? nein ja

Gibt es bei den Geschwistern/Eltern/Großeltern chronische Erkrankungen?

 nein ja

Krebserkrankungen _____

Genetische Erkrankungen _____

Herz/Kreislaufkrankungen _____

sonstiges _____



Name:	Vorname:
-------	----------

Die Bestimmung von Anti-HIV-1,2, HBs-Ag, Anti HBc, Anti-HCV-Ab, im Einzelfall auch weitere Untersuchungen wird vom gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien über die künstliche Befruchtung nach den Vorgaben der TPG-Gewebeverordnung (TPG-GewV) in der Änderungen vom 16. Juli 2009 und vom 21. August 2014 gefordert.

In der Verordnung über die Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Entnahme von Geweben und deren Übertragung nach dem Transplantationsgesetz wird in der Anlage 3 festgelegt, welche Laboruntersuchungen und Untersuchungsverfahren erforderlich sind.

Ich bin damit einverstanden, dass sowohl das Blutbild und Basishormonbestimmungen durchgeführt werden als auch auf Hepatitis- und HIV-Infektion untersucht wird. Die Untersuchung auf die Infektionsparameter muss jährlich wiederholt werden.

Die Laboruntersuchung auf eine HIV-Infektion wird ggf. nicht oder nicht vollständig von der Krankenkasse übernommen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Ergebnisse eines Behandlungszyklus anonymisiert an das DIR (Deutsches IVF-Register) zur statistischen Erfassung weitergegeben werden.

Bei nicht fristgerechter Bezahlung unserer Rechnungen sind wir mit der Weitergabe von Daten an einen Rechtsanwalt bzw. an ein Inkassounternehmen einverstanden.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben

Stuttgart, den _____

Unterschrift Patientin