



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? ja <input type="checkbox"/> nein <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 ja

Sind Sie gesund? ja nein

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 nein

Falls ja, welche? _____

Wurde bei Ihnen bereits eine genetische Untersuchung (Chromosomenanalyse) durchgeführt?

nein ja Ergebnis unauffällig Ergebnis auffällig _____

Wurde bei Ihnen bereits ein Test auf Mucoviszidose/cystische Fibrose durchgeführt?

nein ja Ergebnis unauffällig Ergebnis auffällig _____

Wurden Sie schon einmal operiert?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Was/wann: _____		
Ist die Eileiterdurchgängigkeit getestet worden?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wann? _____ Mit welcher Methode? Bauchspiegelung <input type="checkbox"/> Ultraschall <input type="checkbox"/>		
Ergebnis: _____		
Sind bei Ihnen Allergien bekannt?		
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____		
Waren Sie bisher in einer Kinderwunschbehandlung?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Falls ja, was wurde bereits durchgeführt?		
Zyklusüberwachung und geplanter Geschlechtsverkehr	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Anzahl: _____
Stimulation der Eierstöcke mit Tabletten oder Spritzen	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Anzahl: _____
Insemination	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Anzahl: _____
IVF-Behandlung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Anzahl: _____
ICSI-Behandlung	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Anzahl: _____
Kryozyklus	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> Anzahl: _____
Waren Sie schon einmal schwanger?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Jahr: _____ Ausgang der Schwangerschaft: _____	früherer Partner <input type="checkbox"/>	jetziger P. <input type="checkbox"/>
Jahr: _____ Ausgang der Schwangerschaft: _____	früherer Partner <input type="checkbox"/>	jetziger P. <input type="checkbox"/>
Jahr: _____ Ausgang der Schwangerschaft: _____	früherer Partner <input type="checkbox"/>	jetziger P. <input type="checkbox"/>
Wann war die letzte Periodenblutung? _____		
Wie häufig kommt die Periodenblutung und deren Dauer? _____		
Haben Sie Schmerzen während der Blutung?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie Zwischenblutungen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wann war Ihr letzter Besuch beim Frauenarzt? _____		
Ungeschützter Geschlechtsverkehr seit: _____		
Gibt es dabei Probleme?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie schon einmal die Pille eingenommen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie lange? _____		
Haben Sie anderer Verhütungsmethoden verwendet (z.B. Spirale oder 3 Monats-Spritze)?		
	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie sich sterilisieren lassen?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Gibt es bei den Geschwistern/Eltern/Großeltern chronische Erkrankungen?		
	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Krebserkrankungen _____		

Genetische Erkrankungen _____

Herz/Kreislaufferkrankungen _____

sonstiges _____



kinderwunschzentrum

STUTTGART

PRAXIS VILLA HAAG

DR. MED. D.B. MAYER-EICHBERGER

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 neben der Bestimmung des Röteln-Titers 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 und die Bestimmung des Röteln-Titers werden 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