

## Anamnese bei Kinderwunsch - Frau

Name \_\_\_\_\_ Größe \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Kinderwunsch-Klinik: \_\_\_\_\_

Seit wann besteht der Kinderwunsch? Bzw: seit wann haben Sie ungeschützten Verkehr im fruchtbaren Zeitraum?

### Rauchen Sie?

Falls ja: Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag? Seit wann?

Falls nein: Haben Sie jemals zuvor geraucht? Falls ja: Wie viele Zigaretten pro Tag? Wie viele Jahre?

### Trinken Sie Alkohol?

Wenn ja: Was trinken Sie und wie häufig in der Woche?

### Befolgen Sie eine bestimmte Diät?

Wenn ja: welche?

Aus welchem Grund?

Seit wann?

Leben Sie vegan oder vegetarisch?

### Allgemeine Gesundheit

Leiden Sie unter Allergien?

Wenn ja: welche?

Hatten Sie in der Vergangenheit Ops?

Wenn ja: welche und wann?

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente?

Wenn ja: welche?

Wissen Sie, ob es in Ihrer Familie Erbkrankheiten gibt?

Haben Sie eine der folgenden **Erkrankungen** gehabt (bitte ankreuzen)

- HIV
- Hepatitis B/C
- Chlamydien
- Migräne
- Bluthochdruck
- Herpes
- Blasenentzündungen
- Schilddrüsen-Erkrankungen
- chronische Unterleibsentzündungen (PID)
- auffälliger PAP-Test (Abstrich bei Krebsvorsorge)
- Diabetes
- Strahlentherapie/Chemotherapie

### **Bisherige Schwangerschaften**

Waren Sie schon einmal schwanger?

Wenn ja:

Bitte geben Sie Monat und Jahr der Empfängnis an:

---

---

---

Wie viele Kinder haben Sie ausgetragen?

Wenn Sie schon Kinder geboren haben: War die Geburt vaginal oder per Kaiserschnitt?

Gab es **Komplikationen** während der Schwangerschaft?

Gab es **Schwangerschaftsabbrüche**? Wenn ja, bitte Monat und Jahr angeben.

Hatten Sie in der Vergangenheit eine **Eileiter-Schwangerschaft**?

Wenn ja: Wurde der Eileiter chirurgisch entfernt?

Hatten Sie **Fehlgeburten**?

Wenn ja:

Wie viele?

In welcher Woche war die Fehlgeburt jeweils?

Haben Sie im Anschluss an die Fehlgeburt eine Ausschabung gehabt?

### **Bisherige Untersuchungen:**

Hatten Sie eine Bauchspiegelung?

Wenn ja: Wurde Endometriose festgestellt?

Hatten Sie eine Gebärmutterspiegelung?

Wenn ja: Sind bei Ihnen Fibrome oder Myome festgestellt worden?

Wurden sie chirurgisch entfernt?

Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft?

**Hormonstatus:** (Bitte geben Sie die aktuellsten Werte an; evtl. wurden nicht alle Werte ermittelt)

FSH (ZT 1-5)

LH (ZT 1-5)

Oestadiol (ZT 1-5)

Prolaktin (ZT 1-5)

AMH (ZT 3)

Progesteron (ZT 21)

Schilddrüsen werte

THS

FT4

FT3

Schilddrüsenantikörper

### **Menstruation**

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Menstruation? (ZT 1-5)

Ist Ihr Zyklus regelmäßig?

Falls unregelmäßig: Wie lang war Ihr kürzester Zyklus in den letzten 3 Jahren (von einer Periode zur nächsten)?

Wie lang war der längste Zyklus?

Wie viele Tage dauert Ihre Blutung?

Ist Ihre Blutung für Ihre Verhältnisse derzeit eher schwach, mittel oder stark? (Bitte unterstreichen)  
Haben Sie Klumpen oder Fetzen im Menstruationsblut bemerkt?  
Wenn ja: kleiner oder größer als der Fingernagel des kl. Fingers?  
Haben Sie Schmerzen während der Periode?  
Wenn ja: Wo?  
Wie würden Sie die Schmerzen beschreiben: stechend – krampfartig – dumpf – ziehend  
Haben Sie Schmierblutungen?  
Wenn ja: Wann? Vor der Periode? Um den Eisprung herum? Nach dem Geschlechtsverkehr? Nach Abklingen der Periode? (Bitte unterstreichen)

### **Bisherige reproduktionsmedizinische Behandlungen**

Gab es schon Stimulationszyklen mit Clomifencitrat?  
Wenn ja: Wie viele?  
Welche Nebenwirkungen sind aufgetreten? (Bitte unterstreichen)  
– Reizbarkeit – Stimmungsschwankungen – Übelkeit – Kopfschmerzen -  
Wassereinlagerungen  
– Ovarielle Hyperstimulation  
Wurde Ihnen schon einmal Metformin oder Clavella verschrieben?  
Wenn ja: Wie lange haben Sie es genommen?

Bitte listen Sie die bisherigen reproduktionsmedizinischen Maßnahmen auf (IUI, IVF, ICSI, Kryo).

Datum	Maßnahme	Zahl der Follikel/entnommene EZ/ befruchtete EZ/ eingesetzte Embryonen

Hat sich die Gebärmutterschleimhaut bei allen Versuchen gut aufgebaut?

Wie war die Qualität der EZ/Embryonen?

Hat sie sich über die Zeit verschlechtert?

- Haben Sie nach dem Embryotransfer eines der folgenden Medikamente verschrieben bekommen: Blutgerinnungshemmer (ASS 100, Heparin, Clexane)
- Progesteron (Utrogest)
- Stereoid für NK-Zellen