



Anamnesebogen

Patientendaten:

Name:

Geb.Datum:

Anschrift:

Telefon:

E-Mail:

Hausarzt/ Gynäkologe:

Beruf:

Wie sind Sie auf die Praxis aufmerksam geworden?

Aktueller Stand:

Wo stehen Sie gerade im Kinderwunsch?

Wurden bereits Interventionen (IUI; IVF; ICSI;...) durchgeführt? Wenn ja, welche?

Wurde eine Ursache für den aktuell noch unerfüllten Kinderwunsch gefunden? Welche Diagnostik wurde durchgeführt?

Gynäkologische Anamnese:

Menstruation:

Wann hatten Sie das erste Mal ihre Periode?

Ist ihr Zyklus regelmäßig (z.B. alle 28 Tage)?

Wie lang dauert ihre Blutung?

Wie stark ist die Blutung (leicht bis sehr stark)?

Haben Sie Schmerzen vor/während/nach der Blutung?

Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen / Müdigkeit / Kopfschmerzen / Brustschmerzen vor der Blutung?

Verhütung:

Wie haben Sie vor dem Kinderwunsch verhütet?

Schwangerschaft:

Waren Sie schonmal schwanger? (wenn ja, wie oft und wann?)

Hatten Sie Fehlgeburten?

Gab es Komplikationen während der Schwangerschaft(en) und Geburten?

Gynäkologische Erkrankungen:

Leiden/Litten Sie unter folgenden gynäkologischen Erkrankungen:

- PCO-Syndrom
- Myome
- Zysten
- HPV/Gebärmutterhals-CA
- Endometriose
- Chron. Ausfluss > Geruch, Farbe, Konsistenz: _____
- Mamma-CA
- Ovarial-CA
- Uterus-CA
- Sonstiges: _____

Mussten Sie sich schon einmal einer Unterleibs-OP unterziehen?
(wenn ja, welcher und wann)

Fruchtbarkeit des Partners:

Wurde ein Spermogramm zur Einschätzung der Fruchtbarkeit durchgeführt? Wenn ja, wie lautet das Ergebnis?

Hat ihr Partner etwas zur Steigerung seiner Fruchtbarkeit unternommen?

Ihre Emotionen/ Ihre Lebenssituation:

Liegen psychische Erkrankungen bei Ihnen vor?

Wie erleben Sie den Kinderwunsch?

Gibt es immer wiederkehrende Gedanken bzgl. des Kinderwunsches/ihres Körpers/...?

Haben sich bestimmte Erfahrungen, Bilder, Aussagen in ihrer Erinnerung eingebrannt, die sie belasten?

Wie gestresst fühlen Sie sich von dem aktuell noch unerfüllten Kinderwunsch?

Gibt es ein Stichwort, das ihre Gemütsverfassung bzgl. des Kinderwunsches treffend beschreibt?

Wie wirkt sich der Kinderwunsch auf ihre Partnerschaft aus?

In welcher Lebenssituation befinden Sie sich gerade (Jobwechsel, Hausbau, Studium,...)?

Gibt es aktuell andere wichtige Dinge, die ihre Aufmerksamkeit stark binden?

Das Familiensystem:

Gibt es ähnliche Fälle in ihrer oder der Familie ihres Partners?

Gab es in ihrer oder der Familie ihres Partners Auffälligkeiten, wie Fehlgeburten, Abtreibungen, Todgeburten, gynäkologische Erkrankungen oder andere Konfliktsituationen bzgl. Mutterschaft, Schwangerschaft oder Kinderwunsch?

Gibt es belastete Beziehungen in ihrer Familie oder der ihres Partners (Kontaktabbruch zu einem Elternteil, Trennung,...)?

Spiritualität:

Sind sie spirituell/religiös?

Haben Sie sich schonmal spirituelle Fragen bzgl. ihres Kinderwunsches gestellt, wie z.B. Warum will die Seele nicht kommen? Ist es in meinem Leben überhaupt vorgesehen Mutter zu sein (...)?

Haben Sie spirituelle Angebote bzgl. des Kinderwunsches wahrgenommen?

Allgemein zur Person:

Größe:

Gewicht:

Rauchen Sie? (wenn ja, wie viele Zigaretten/Tag)

Gesunderhaltung:

Treiben Sie Sport? (was und wie häufig)

Was unternehmen Sie zur Gesunderhaltung ihres Körpers und ihrer Seele?

Allgemeinanamnese:

Leiden Sie unter chronischen Erkrankungen? (Schilddrüse, Gerinnungsstörung...)

Haben Sie Beschwerden im Bereich des Bewegungsapparates?

Leiden Sie unter Allergien (Tierhaare, Pollen, Nahrungsmittel, Medikamente,...)?

Wurden Sie schon einmal operiert? (wenn ja, warum und wo?)

Sind Sie in jüngster Vergangenheit geimpft? (wenn ja, welche Impfung und wann?)

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente/ NEM ein? (wenn ja, Bezeichnung, Wirkstärke und Dosierung)

Magen-Darm / Ernährung:

Haben Sie Verdauungsbeschwerden (Blähungen, Durchfall, weicher Stuhl, Aufstoßen, Völlegefühl, Helicobacter pylorii...), Unverträglichkeiten, Nahrungsmittelallergien?

Wie beschreiben Sie ihre Ernährungsgewohnheiten (vegetarisch, vegan, vollwert,...)?

Hatten Sie besondere Infektionserkrankungen (Influenza,...)? (wenn ja, wann)

Zähne und Kiefer:

Wie ist ihr Zahnstatus (Karies, Zahnwurzelbehandlung, Kronen,...)?

Sonstige Angaben:

