



ANAMNESEERHEBUNG BEI UNERFÜLTEM KINDERWUNSCH

Allgemeine Angaben

Name der Frau

Name des Mannes

Geburtsdatum

Geburtsdatum

Größe / Gewicht

Größe / Gewicht

Adresse

Adresse

Patientennummer

Patientennummer

Fragen an das Paar

1. Wie lange sind Sie schon zusammen / verheiratet?

2. Seit wann besteht der Kinderwunsch?

3. Haben Sie in der Partnerschaft vor dem aktiven Kinderwunsch verhütet?

ja nein

Wenn ja, wie / mit welchen Methoden / bis wann?

4. Wie häufig haben Sie ungeschützten Geschlechtsverkehr (pro Woche / Monat)?

5. Gibt es Probleme beim Geschlechtsverkehr (Schmerzen, Erektionsstörungen, Orgasmusstörungen etc.)?

ja nein

Wenn ja, welche?

6. Ist es in dieser Partnerschaft schon einmal zu einer Schwangerschaft gekommen?

ja nein

Wenn ja, wann war dies und wie ist die Schwangerschaft ausgegangen?

Fragen an den Mann

1. Gab es bei Ihnen auffällige Erkrankungen in der Kindheit / Vergangenheit? ja nein
Wenn ja, welche?

2. Ist bekannt, ob bei Ihnen als Kind Leisten- / Gleit- / Pendelhoden vorlagen? ja nein
Wenn ja, wie wurden diese behandelt?

3. Gab es Operationen in der Vorgeschichte? ja nein
Wenn ja, bitte genauere Angaben.

4. Leiden Sie momentan an chronischen Erkrankungen? ja nein
Wenn ja, bitte genauere Angaben.

5. Welche Medikamente nehmen Sie ein?

6. Rauchen Sie und wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag / Woche? ja nein

7. Wie häufig trinken Sie Alkohol?

8. Nehmen Sie andere Genussgifte - außer Alkohol und Zigaretten - zu sich? ja nein

9. Haben Sie Kinder in früheren Beziehungen gezeugt? ja nein
Wenn ja, wann / wie sind die Schwangerschaften ausgegangen?

10. Wurden schon Untersuchungen der Fruchtbarkeit durchgeführt? ja nein
Wie waren die Ergebnisse?

11. Gibt es Hinweise auf sexuelle Störungen (Erektionsstörungen, Libidoverlust etc.)? ja nein
Wenn ja, welche?

Fragen an die Frau

1. Wie ist Ihr Zyklus (regelmäßig/unregelmäßig, Blutungsstörungen etc.)?

2. Wann war Ihre letzte Blutung?

3. Haben Sie einen Zykluskalender / Basaltemperaturkurve (BTK) geführt? ja nein

4. Haben Sie Schmerzen bei der Blutung / beim Verkehr?

Wenn ja, bitte genauere Angaben.

5. Waren Sie jemals schwanger (in früheren / der aktuellen Beziehung)? ja nein

Wenn ja, wie sind die Schwangerschaften verlaufen?

Bei Aborten: In welcher Schwangerschaftswoche (SSW) traten die Aborte auf, wie wurden sie behandelt?

Wie sind die Geburten verlaufen (Spontangeburt / Sectio)?

6. Haben Sie allgemeine Erkrankungen? ja nein

Wenn ja, welche?

7. Welche Operationen gab es in der Vorgeschichte?

8. Wurden bereits Laparoskopie (LSK) / Hysteroskopie (HSK) oder andere Verfahren zur Prüfung ja nein

der Eileiterfunktion durchgeführt?

Wenn ja, wie waren die Ergebnisse?

9. Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

10. Rauchen Sie, trinken Sie Alkohol bzw. konsumieren Sie andere Genussgifte? In welchem Umfang? ja nein

11. Welchen Beruf üben Sie aus (Schichtdienst, zeitliche Belastung, Noxenexposition etc.)?
