



# 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/Kreislaufferkrankungen                                        \_\_\_\_\_

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



## ANAMNESEBOGEN – MANN

ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Straße, Haus-Nr.:		PLZ, Ort:	
Krankenkasse:		Beruf:	
Telefon-Nr.:		Handy-Nr.:	
E-Mail:			Nationalität:
Größe:	Gewicht:	Verheiratet mit dieser Partnerin?	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 Urologe: \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

Haben Sie muskelaufbauende Substanzen genommen? ja  nein

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

nein  ja  Ergebnis unauffällig  Ergebnis auffällig \_\_\_\_\_

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

nein  ja  Ergebnis unauffällig  Ergebnis auffällig \_\_\_\_\_

Wurden Sie schon einmal operiert? nein  ja

Was/wann: \_\_\_\_\_

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

nein  ja  \_\_\_\_\_

Haben Sie Erektionsstörungen?

nein  ja

Haben/hatten Sie Hodenverletzungen?

nein  ja

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?

nein  ja

Hatten Sie einen Hodentumor?

nein  ja

Hatten/haben Sie Krampfadern (Varikoele) am Hoden?

nein  ja

Hatten Sie Mumps?

nein  ja

Gab es Schwangerschaften mit einer früheren Partnerin? nein  ja

Wenn ja, Ausgang der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Besuch beim Urologen? \_\_\_\_\_

Wurde ein Spermogramm gemacht? nein  ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

Wurde der Hoden mit Ultraschall untersucht? nein  ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

Ungeschützter Geschlechtsverkehr seit: \_\_\_\_\_

Gibt es dabei Probleme? nein  ja

Haben Sie sich sterilisieren lassen? nein  ja

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

nein  ja

Ungewollte Kinderlosigkeit \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen \_\_\_\_\_

Genetische Erkrankungen \_\_\_\_\_

Herz/Kreislaufferkrankungen \_\_\_\_\_

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 Patient