

# ANAMNESE - FRAGEBOGEN FÜR DIE FRAU



KINDERWUNSCHZENTRUM  
GOLDENES KREUZ

**Vorname:**

**Familienname:**

**Geburtsdatum:**

Bitte nehmen Sie sich 15 Minuten Zeit und füllen Sie diesen für Ihre Kinderwunsch-Behandlung sehr wichtigen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir Sie bestmöglich betreuen und die optimale Therapieform für Sie wählen!

**1. Wie lange haben Sie schon unerfüllten Kinderwunsch mit Ihrem jetzigen Partner?**

Seit          Monaten bzw.          Jahren.

**2. Wie verläuft Ihr Zyklus (vom 1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung)?**

- Regelmäßig zwischen          und          Tagen.
- Unregelmäßig zwischen          und          Tagen.
- Ich hatte schon lange keine Blutung mehr. Die letzte Blutung war am:

**3. Ihre Monatsblutung**

dauert im Durchschnitt          Tage oder zwischen          und          Tagen.  
 Der Verlauf ist meistens eher:     Leicht           Mittel           Stark  
 Nehmen Sie während der Monatsblutung Schmerztabletten ein?  
 Nein     Ja und zwar:

**4. Waren Sie schon einmal schwanger?**

Nein     Ja

Bitte machen Sie Angaben zu den Schwangerschaften:

Jahr	Geburt (G) Abtreibung (A) Fehlgeburt (F) Eileiterschwangerschaft (E)	Mit jetzigem Partner?	Nach Kinderwunschbehandlung?
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Haben Sie dabei Rhesusprophylaxe (Impfung: Rhesogam, Rhophylac, o.ä.) erhalten?

Nein     Ja - Wann zuletzt?:

Anmerkungen/Details:

**5. Traten Komplikationen bei den Schwangerschaften auf?**

Nein     Ja und zwar:

**6. Welche dieser Verhütungsmethoden haben Sie schon verwendet?**

Kondome / keine     (Antibaby-) Pille     Spirale     Andere:

# ANAMNESE - FRAGEBOGEN FÜR DIE FRAU



KINDERWUNSCHZENTRUM  
GOLDENES KREUZ

Gab es Komplikationen mit Ihren Verhütungsmethoden?

Nein  Ja und zwar:

**7. Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Behandlung?**

Nein  Ja, seit      Monaten /      Jahren

Art der Behandlung	Anzahl der Versuche	Schwangerschaft
Stimulation der Eierstöcke mit Hormonen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Insemination mit Samen des Partners		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Insemination mit Spendersamen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Künstliche Befruchtung (IVF)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Künstliche Befruchtung mit Mikroinjektion (ICSI)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Transfer von kryokonservierten Embryonen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen/Details:

**8. Vorausgegangene IVF- bzw. ICSI-Behandlungen (diese Information ist sehr wertvoll, Sie können sie jeder Zeit von den IVF-Zentren anfordern):**

Falls Sie schon mehr als vier Behandlungen hatten, geben Sie bitte die letzten vier an:

Nr	Jahr	IVF	ICSI	Anzahl Eizellen	Anzahl transferierte Embryonen	Anzahl eingefrorene Embryonen	Schwanger?	Unterlagen vorhanden?
1		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen/Details:

**9. Haben Sie schon Medikamente zur hormonellen Stimulation der Eierstöcke erhalten, wenn ja welche?**

Nr	Jahr	Medikament (z.B. Menopur, Puregon, Clomiphen)	Dosierung (z.B. 300 / 5 Tage)	Komplikationen siehe 10
1				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anmerkungen/Details:

**10. Gab es bei den Stimulationen oder bei IVF- bzw. ICSI-Behandlungen Komplikationen?**

Nein  Schlechtes Ansprechen auf die Stimulation  
 Überstimulationssyndrom (OHSS)  Befruchtungsversagen  
 Schwieriger/schmerzhafter Transfer  Andere:

Anmerkungen/Details:

# ANAMNESE - FRAGENBOGEN FÜR DIE FRAU



KINDERWUNSCHZENTRUM  
GOLDENES KREUZ

## 11. Wann und mit welcher Methode wurden Ihre Eileiter untersucht?

<input type="checkbox"/> noch nie untersucht	Ja <input type="checkbox"/> Bauchspiegelung Wann? (Jahr)	Ja <input type="checkbox"/> Röntgen (HSG) Wann? (Jahr)	Ja <input type="checkbox"/> Hydrosonographie Wann? (Jahr)
--	--	--	---

### Ergebnis:

Links:     Durchgängig     Verschlussen     verzögert durchgängig, oder operiert  
 Rechts:    Durchgängig     Verschlussen     verzögert durchgängig, oder operiert

## 12. Gynäkologische Erkrankungen

Frage	Nein	Ja	Details
Wurden die Eileiter operiert (z.B. wegen einer Eileiterschwangerschaft)?	<input type="checkbox"/>	Rechts <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> entfernt <input type="checkbox"/> unterbunden
		Links <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> entfernt <input type="checkbox"/> unterbunden
Wurde ein ganzer Eierstock oder ein Teil des Eierstocks (z.B. wegen einer Zyste) entfernt?	<input type="checkbox"/>	Rechts <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nur teilweise oder Zyste
		Links <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nur teilweise oder Zyste
Wurde Endometriose diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laparoskopie: <input type="checkbox"/> Ja, siehe 13.
Wurden Eierstockzysten diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Laparoskopie: <input type="checkbox"/> Ja, siehe 13.
Wurde eine Uterusmalformation diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wurde das PCO-Syndrom diagnostiziert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Anmerkungen/Details:

## 13. Hatten Sie bereits andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?

Nein     Ja (Wenn Ja, geben Sie bitte die folgende Information unten an:)

Jahr	Blinddarmoperation - Appendektomie (A) / Kaiserschnitt - Sectio (S) / Bauchspiegelung - Laparoskopie (L) / Gebärmutterspiegelung - Hysteroskopie (H) / Bauchschnitt - Laparotomie (T) / Ausschabung - Curettage (C) / Konisation (K)	Warum und wo (Krankenhaus) wurde die Operation durchgeführt?
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> K	
	<b>Andere Operationen, auch außerhalb des Bauches:</b>	

Anmerkungen/Details:

# ANAMNESE - FRAGEBOGEN FÜR DIE FRAU



KINDERWUNSCHZENTRUM  
GOLDENES KREUZ

## 14. Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, machen Sie bitte folgende Angaben:

Name des Medikamentes	Dosierung	Seit wann?	Warum?

## 15. Leiden Sie an folgenden Erkrankungen oder haben Sie daran gelitten?

Erkrankung	Nein	Ja	Details (falls bekannt)	Seit?	Therapie siehe 14
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin, Aspirin, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gegen:		<input type="checkbox"/> Ja
Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Syphilis, Hepatitis, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?: Wann / wie lange?:		<input type="checkbox"/> Ja
Thrombose / Blutgerinnungstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	und zwar:		<input type="checkbox"/> Ja
Krebs / andere Tumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich habe:		<input type="checkbox"/> Ja
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit            Behandlung mit: Tabletten <input type="checkbox"/> / Spritzen (Insulin) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ja
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	>160 <input type="checkbox"/> bis 160 <input type="checkbox"/> bis 140 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ja
Lungenerkrankung (Asthma, Bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich leide an:		<input type="checkbox"/> Ja
Neurologische Erkrankung (z.B. Epilepsie, Vaskulär, Trauma, Tumor, Entzündungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich leide an:		<input type="checkbox"/> Ja
Nierenerkrankung (z.B. Nierenschwäche, Zysten, Tumor, Entzündungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich leide an:		<input type="checkbox"/> Ja
Herzerkrankung (z.B. Herzinfarkt, Klappenfehler, Rhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich leide an:		<input type="checkbox"/> Ja
Lebererkrankung (z.B. Hepatitis, Fettleber, Leberzirrhose, Zysten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich leide an:		<input type="checkbox"/> Ja
Magen - Darm (z.B. Entzündungen, Magengeschwür, Immunerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich leide an:		<input type="checkbox"/> Ja
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich leide an:		<input type="checkbox"/> Ja

Anmerkungen/Details:

# ANAMNESE - FRAGEBOGEN FÜR DIE FRAU



KINDERWUNSCHZENTRUM  
GOLDENES KREUZ

## 16. Haben Sie folgende Beschwerden?

Symptom	Nein	Ja	Wie häufig?	Stress- bedingt?	Aktuell seit	Therapie siehe 14
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal/Woche	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja
Starke Müdigkeit und Leistungsabfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal/Woche	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja
Migräne oder sehr starke Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal/Woche	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja
Angstzustände / Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal/Woche	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja
Starke Reizbarkeit / Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal/Woche	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja
Hitzewallungen / Schweissausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal/Woche	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Ja
Untypische Körper- oder Gesichtsbehaarung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	am Gesicht <input type="checkbox"/> u/o am Körper <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ja
Akne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	am Gesicht <input type="checkbox"/> u/o am Körper <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ja
Unterleibsschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ursache:			<input type="checkbox"/> Ja
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> Blut im Urin			<input type="checkbox"/> Ja
Schmerzen beim Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> Blut im Stuhl <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Hämorrhoiden			<input type="checkbox"/> Ja
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Stark <input type="checkbox"/> Nicht Immer			<input type="checkbox"/> Ja

Anmerkungen/Details:

## 17. Andere Untersuchungen:

Frage	Nein	Ja	Details (falls bekannt)	
Wann waren Sie das letzte Mal beim Krebsabstrich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zuletzt: (Monat/Jahr)	
Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenuntersuchung gemacht?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> war	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> nicht OK
Wurde bei Ihnen die Blutgerinnung untersucht?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> war	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> nicht OK
Wurde eine Immunologische Untersuchung bei ihnen gemacht?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> war	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> nicht OK
Wurde bei Ihnen eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> war	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> nicht OK
Wurde ein genetischer Test auf cystische Fibrose durchgeführt?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> war	<input type="checkbox"/> Negativ	<input type="checkbox"/> Positiv

**\*Wichtig:** Falls Ergebnisse vorhanden sind, dann senden Sie uns bitte die Befunde mit!

# ANAMNESE - FRAGEBOGEN FÜR DIE FRAU



KINDERWUNSCHZENTRUM  
GOLDENES KREUZ

## 18. Wie häufig haben Sie ungefähr Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner?

Mal pro Woche oder Mal pro Monat

## 19. Kommen folgende Leiden in Ihrer Familie vor?

- Erbkrankheiten\*  Krebserkrankungen (>2mal)\*  
 Ungewollte Kinderlosigkeit\*  Andere schwere Leiden\*

\*Bitte geben Sie das / die Leiden an und wer betroffen ist:

## 20. Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

Sind Sie dabei besonderen körperlichen Belastungen / giftigen Stoffen ausgesetzt?

Ich arbeite als:  Nein  Ja, und zwar:

## Lifestyle - Anamnese:

### 1. Wie schwer und wie groß sind Sie derzeit? kg cm

Haben Sie in den letzten 12 Monaten stark (mehr als 5kg) zu- oder abgenommen?

Nein  Ja: kg zugenommen kg abgenommen

### 2. Nehmen Sie bereits Folsäure / Multivitaminpräparate ein? Wenn ja, welche?

Täglich  Gelegentlich  Niemals

### Wie viel Kaffee / Energydrinks / Cola trinken Sie?

Täglich:  1 Tasse/Glas  2-3 Tassen/Gläser  mehr als 3 Tassen/Gläser  
 Gelegentlich (2-3x / Woche)  Niemals

### Wie ernähren Sie sich? (mehrfaches Ankreuzen möglich)

Frisches Obst & Gemüse  täglich  selten  
Fisch  2-3x / Woche  1x / Woche  selten  
Fleisch  täglich  2-3x / Woche  1x / Woche  selten  
Pizza, Snacks, Chips:  täglich  2-3x / Woche  selten  
Milchprodukte  vollfett (3,5%)  fettreduziert  
 täglich  2-3x / Woche  selten  
Alternative Ernährungsform  Vegetarier  Veganer

### Haben Sie Unverträglichkeiten?

Gluten  Laktose  Soja  Histamin  Eiweiß  Sonstige:

### 3. Rauchen Sie oder haben Sie jemals geraucht?

Nie geraucht  Ich rauche nicht mehr seit Monaten oder Jahren  
 Ja, pro Tag Zigaretten

# ANAMNESE - FRAGEBOGEN FÜR DIE FRAU



KINDERWUNSCHZENTRUM  
GOLDENES KREUZ

## 4. Trinken Sie Alkohol?

- Nie
  1-2 alk. Getränke / Woche
  3-4 alk. Getränke / Woche
  > 4 alk. Getränke / Woche

## 5. Konsumieren Sie oder haben Sie je Drogen, Aufputsch- oder Dopingmittel konsumiert?

- Nein
  Ja, früher
  Ja, derzeit
 Welche?

## 6. Welche der folgenden Sportarten betreiben Sie?

Sportart	Wie oft / Woche?	Intensität (1-gemütlich bis 4-sehr anstrengend)
Laufen	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> täglich	
Aerobic (Zumba, Pilates, ...)	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> täglich	
Radfahren	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> täglich	
Schwimmen	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> täglich	
Fitnesscenter (Krafttraining)	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> täglich	
Sonstige:	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> täglich	

## 7. Wie beurteilen Sie Ihren derzeitigen Zahnstatus?

- ich habe gesunde Zähne  
 ich habe öfters Zahnfleischbluten/Entzündungen  
 ich habe mehr als 5 Amalgam-Füllungen  
 ich habe problematische Zähne und muss oft Sanierungen durchführen lassen

## 8. Sind Sie mit Ihrer Arbeitssituation zufrieden?

- Ja
  teilweise
  Nein

## Tauschen Sie sich mit Ihrem Partner über den unerfüllten Kinderwunsch aus?

- Ja, regelmäßig
  selten
  Nie

## Haben Sie den Eindruck, dass Sie Ihr Kinderwunsch rund um die Uhr beschäftigt?

- Ja
  teilweise
  Nein

## Wie würden Sie Ihr persönliches Stresslevel definieren?

- kein Stress
  gesunder, positiver Stress
  chronischer, belastender Stress