

Anmeldefragebogen: Fruchtbarkeitsbehandlung für die Frau

Liebe Patientin,

Sie haben sich zu einer Behandlung bei mir mit chinesischer Medizin für Kinderwunsch entschieden. Um Ihnen einen Eindruck zu vermitteln, auf welche Informationen ich bei der Anamnese unter anderem Wert lege, schauen Sie sich zumindest diesen Bogen einmal durch. Unabhängig von diesem Fragebogen führe ich ohnehin die Anamnese mit Ihnen persönlich durch, wir sparen aber Zeit, wenn Sie mir alle notwendigen Informationen beibringen können. Bringen Sie deshalb bitte alle Befunde, eventuell auch Protokolle zu Ihrem Ersttermin mit.

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum/Alter _____

Seit wann besteht Ihr Kinderwunsch? _____ (Monat/Jahr)

Haben Sie oder hat Ihr Partner bereits Kinder? _____

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Monatsblutung?

mit _____ Jahren

Welche Verhütungsmittel haben Sie wie lange angewendet (Pille, Spirale, etc.)?

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt? Wenn ja, wann und welche?

Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?

nein ja, seit _____ (Jahr)

wenn ja, bei wem sind Sie derzeit in Behandlung? _____

Welche der diagnostischen Maßnahmen wurden durchgeführt? (Bitte ankreuzen und ggf. erläutern)

Blutwerte

Gynäkologische Untersuchung

Zyklusmonitoring

Postcoital-Test

Eileiterdurchgängigkeit

Bauchspiegelung

Uteruskopie

Besonderheiten? _____

Liegt ein Spermogramm vor? ja

nein

Mit welchem Befund:

Waren Sie bereits in reproduktionsmedizinischer Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, welche Methode wurde durchgeführt? _____

Zykluskontrolle mit Verkehr zum Eisprung _____

Stimulation der Eierstöcke mit Verkehr zum Eisprung _____

Insemination, wenn ja, wie viele? _____

Insemination mit Stimulation, wenn ja, wie viele? _____

IVF / ISCI, wenn ja, wie viele? _____

Wie viele Eizellen wurden gewonnen? _____

Wie viele davon wurden befruchtet? _____

Wie war das Eizellstadium bei dem jeweiligen Transfer? _____

Falls Sie bereits vorausgegangene Stimulationen oder Inseminationen hatten, welche Medikamente haben Sie dafür erhalten? -

Wie oft kam es zu einer Schwangerschaft? Serologisch / biochemisch _____

Fortgang nach Herzschlag _____

Sind Sie derzeit noch in einer entsprechenden Behandlung? Ja Nein

Wenn ja, welche nächste Maßnahme ist geplant? _____