

Universitätsfrauenklinik - Abteilung für Reproduktionsmedizin und Gynäkologische Endokrinologie
Gerhart-Hauptmann-Str. 35 • 39108 Magdeburg
Direktor: Prof. Dr. med. Atanas Ignatov

Anamneseblatt -Frau-

Handy-/Telefonnummer: _____

Alter: _____ J, Größe: _____ m, Gewicht: _____ kg E-Mail: _____

Beruf: _____ Gynäkologe*in: _____ Hausarzt*in: _____

Ich bin ledig verheiratet eine eingetragene Partnerschaft

REGELBLUTUNG: 1. Tag der letzten Regel: _____ Erste Regelblutung kam im Alter von: _____ Jahren
Blutungsrhythmus (1. Tag der Regel bis 1. Tag der nächsten Regel): zwischen _____ und _____ Tagen
Dauer der Regelblutung: _____ Tage Blutungsstärke: schwach mittel stark
Regelschmerzen auf einer Scala von 0 bis 10: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

KREBSVORSORGEUNTERSUCHUNG: Wann war ihr letzter Krebsvorsorgeabstrich? _____
Das Ergebnis war: unauffällig auffällig HPV (humane Papillomaviren) positiv

VERHÜTUNG: Wie und wie lange haben Sie in der Vergangenheit verhütet?
 Pille/ Verhütungsring: von _____ bis _____ Hormonspirale: von _____ bis _____
Pillename: _____ Kupferspirale/-kette/-ball von _____ bis _____

GYNÄKOLOGISCHE INFEKTIONEN: Eileiterentzündung wann _____ Chlamydieninfektion wann _____
 Genitalwarzen wann _____ Andere _____ wann _____

GYNÄKOLOGISCHE ERKRANKUNGEN: Endometriose Eierstockzysten
 Myome PCO-Syndrom
 andere: _____

Jahr	Geburt		Fehl- geburt	Schwanger- schafts- abbruch	Eileiter- schwanger- schaft	Aktueller Partner		Besonderheiten/ Schwangerschaftswoche
	Kaiser- Schnitt	Spontan- geburt				Ja	nein	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

OPERATIONEN:			MEDIKAMENTE:		
Jahr	Klinik	OP	Name	Dosis	Indikation
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

FAMILIENKRANKENGESCHICHTE: Thrombose ja, wer: _____
Blutgerinnungserkrankung ja, welche: _____
wer: _____
Krebs ja, welchen: _____
wer: _____
Diabetes ja, wer: _____
Herzinfarkt ja, wer: _____
Schlaganfall ja, wer: _____

EIGENE ERKRANKUNGEN: Allergien: _____
 Schilddrüsenerkrankung: _____
 Diabetes: _____
 Bluthochdruck (seit wann?): _____
 Blutgerinnungserkrankung: _____
 Krebs/andere Tumoren: _____
 psychische Erkrankungen: _____
 andere Erkrankungen: _____

Rauchen: nein ja: Zig. pro Tag: _____
Alkohol: nein ja: selten gelegentlich regelmäßig
 Akne vulgaris
 vermehrter Haarausfall: diffus einzelne Areale



Partner*in:

Alter: _____ J,

Größe: _____ m,

Gewicht: _____ kg

Drogen: nein ja: welche: _____

vermehrte dunkle Behaarung (Gesicht, Bauch, Oberschenkel)

SEXUAL-ANAMNESE:

Haben Sie sexuelle Kontakte: Nein Ja

Wie häufig haben sie Geschlechtsverkehr? ca. ____ x pro Woche oder ca. ____ x im Monat

nur um den Eisprung herum

Bestehen Probleme beim Geschlechtsverkehr? Nein Ja falls ja, welche?: _____

Libidoverlust Trockenheit der Scheide Verkrampfung der Scheide Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

Anderes: _____

BEI KINDERWUNSCH: Ich habe/ wir haben Kinderwunsch seit: _____ Jahren / Monaten.

Vorherige Kinderwunsch-Behandlung:

Jahr	Praxis/Klinik	Diagnose	Methode
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> VZO <input type="checkbox"/> IUI <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Kryo-Transfer
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> VZO <input type="checkbox"/> IUI <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Kryo-Transfer
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> VZO <input type="checkbox"/> IUI <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Kryo-Transfer
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> VZO <input type="checkbox"/> IUI <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Kryo-Transfer

Vorbefunde / verwendete Medikamente:

Magdeburg, den _____

Unterschrift: _____