

# Kinderwunsch Anamnese Frau ♀



**Reproduktionsmedizin  
München im Tal**  
 MVZ  
 Partnerschaftsgesellschaft mbB  
**Dr. Daniel Noss**  
**Dr. Isabel Stoll**  
**Dr. Patrick Mehrle**  
**Dr. Kathrin Pohligh**  
 Tal 11, 80331 München  
 (089) 24 22 95-0 | Fax: -60  
 info@ivf-tal.de | www.ivf-tal.de  
 Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Pat Name

<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>	
<b>Seit wann besteht Kinderwunsch</b> mit ihrem jetzigen Partner? (bitte ungefähres Datum bzw. Anzahl der Jahre angeben)		
<b>Bestand ein Kinderwunsch vorher mit anderem Partner?</b>		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> wie lange _____
<b>Waren Sie bereits schwanger?</b>		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Geburten</b> Angabe auch ob Kaiserschnitt Kind gesund?		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____
Mit jetzigem Partner?		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Nach Kinderwunsch-Behandlung? Wie lange hat es gedauert bis diese Schwangerschaft eingetreten ist (in Monaten)?		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Fehlgeburten</b> <b>Ausschabungen</b>		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____
Mit jetzigem Partner?		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Nach Kinderwunsch-Behandlung? Wie lange hat es gedauert bis diese Schwangerschaft eingetreten ist (in Monaten)?		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Eileiterschwangerschaften</b> (Seite der Eileiterschwangerschaft und Jahresangabe)		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____ li. <input type="checkbox"/> re. <input type="checkbox"/>
Mit jetzigem Partner?		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Nach Kinderwunsch-Behandlung?		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Wie lange ist Ihr Monatszyklus inkl. Blutung</b> (z.B. 26-29 Tage)? (d.h. vom 1.Tag der Blutung an gerechnet, dieser ist definiert als der Tag, an dem die Periodenblutung in normaler Stärke eintritt, der Beginn einer evtl. Schmierblutung ist <u>nicht</u> der erste Zyklustag, bis zum Eintritt der nächsten Blutung) Angabe auch, falls sehr unregelmäßig.		
Wie lange ist Ihre Periodenblutung? Haben Sie Vorschmierblutungen? Haben Sie Zwischenblutungen?		nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wie viele Tage?/an welchen Zyklustagen nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wie viele Tage?/an welchen Zyklustagen
<b>Haben Sie Schmerzen bei der Blutung?</b>		nein <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> fast immer <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/>
<b>Nehmen Sie Schmerzmittel bei der Blutung?</b>		nie <input type="checkbox"/> manchmal <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/>

<b>Sind Ihre Eileiter bereits untersucht worden?</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja... mit <b>Bauchspiegelung</b> (Laparoskopie)? (Angabe von Datum und ob Eileiter durchgängig?)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja... mit <b>Ultraschall-Kontrastuntersuchung?</b> (Angabe von Datum und ob Eileiter durchgängig?)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Wenn ja, mit <b>Durchblasung (Pertubation)?</b> (Angabe von Datum und ob Eileiter durchgängig?)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Ist ein „Postcoitaltest“</b> (Sims-Hühner) durchgeführt worden? (Untersuchung der beweglichen Spermien im Gebärmutterhals-Sekret) wenn ja wann und mit welchem Resultat?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Sind bereits gynäkologischen Operationen</b> durchgeführt worden? beispielsweise:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Bauchspiegelung?</b> (Laparoskopie) Datum, Ergebnis:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Bauchschnitt-Operation?</b> Datum, Ergebnis:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Ausschabung der Gebärmutter?</b> Datum, Ergebnis:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Gebärmutter-Spiegelungen?</b> Datum, Ergebnis:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Gebärmutter-Halsumschneidungen</b> (Konisation) Datum, welches Ergebnis:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Andere (nicht-gynäkologische) Operationen</b> (Schilddrüse, Blinddarm und ähnliche) Datum:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Wann wurde die letzte Krebsvorsorge durchgeführt?</b>	
<b>Wann wurde die letzte Mammographie vorgenommen?</b>	
<b>Bisherige Kinderwunsch-Behandlungen?</b> beispielsweise:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Zyklusüberwachungen</b> (Überwachung des Zeitpunkts des Eisprungs) (Angabe des Jahres und der Anzahl der Zyklen Methoden: Temperatur, Urintests, Ultraschall)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____ <u>Methode:</u>
<b>Hormonelle Stimulationen?</b> beispielsweise:	
<b>Mit Tabletten</b> (z.B. Clomifen) 5 Tage lang täglich in der ersten Zyklushälfte? Angabe des Jahres und Anzahl der Zyklen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr: _____ Zyklen:
<b>Mit Spritzen unter die Bauchhaut</b> (z.B. Puregon, Gonal F, Menogon) Angabe des Jahres und Anzahl der Zyklen + Dosis (internationale Einheiten I.E.)	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr: _____ Zyklen:
<b>Inseminationen?</b> (Übertragung von Spermien in die Gebärmutterhöhle) Angabe des Jahres und Anzahl der Zyklen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr: _____ Zyklen:
<b>Sind Behandlungen mit „künstlichen Befruchtungen“ durchgeführt worden?</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

<b>(z.B. IVF oder ICSI oder Kryo-Transfer)</b>	
<b>Anzahl der IVF-Zyklen bisher:</b>	
<b>Anzahl der ICSI-Zyklen bisher:</b>	
<b>Anzahl der Kryo-Transfer-Zyklen (also Übertragung zuvor eingefrorener Eizellen/Embryonen) bisher:</b>	
<b>Genauere Angaben über die oben aufgelisteten Zyklen mit „künstlicher Befruchtung“ bitte chronologisch auf den separaten Fragebögen!</b>	
<b>Sind bei Ihnen Allergien bekannt? (z.B. Penicillin, Erdnuss, Latex, und andere) bitte Angabe sämtlicher Allergien</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Sind bei Ihnen Krankheiten bekannt? z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Rheuma, Schilddrüsenunter-/überfunktion, Asthma, Depressionen, Multiple Sklerose, Tbc, Krebs und andere</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , wenn ja welche: _____
<b>Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt? Hepatitis B Hepatitis C  HIV  Chlamydien Corona (Covid-19)  sonstiges</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Befund vom: _____ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Befund vom: _____ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Befund vom: _____ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Befund vom: _____ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Befund vom: _____ nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche: _____
<b>Nehmen Sie Medikamente wegen bestimmter Krankheiten ein? Angabe sämtlicher Medikamente (beispielsweise Schilddrüsenmedikamente und andere)</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Gab es schon einmal eine Thrombose bei Ihnen? Jahr und Lokalisation angeben</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Ist eine Erbkrankheit bei Ihnen bekannt Bitte genaue Diagnose angeben</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Sind Erbkrankheiten oder Krebserkrankungen in Ihrer Familie bekannt? Wenn ja, welche:</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Haben Sie schon einmal eine Empfängnisverhütung durchgeführt? Angabe der Methode(n) und Jahres-Zeitraum</b>	Pille: <input type="checkbox"/> Spirale: <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> Jahr: von _____ bis _____
<b>Leiden Sie unter „Sexual-Störungen“?</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Wie oft haben Sie Verkehr mit Ihrem Partner? (Verkehr pro Woche) (Verkehr pro Monat)</b>	
<b>Rauchen Sie? Angabe der Anzahl Zigaretten pro Tag</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> pro Tag

# Kinderwunsch Anamnese Mann



Reproduktionsmedizin  
München im Tal  
MVZ  
Partnerschaftsgesellschaft mbB  
Dr. Daniel Noss  
Dr. Isabel Stoll  
Dr. Patrick Mehrle  
Dr. Kathrin Pohlig  
Tal 11, 80331 München  
(089) 24 22 95-0 | Fax: -60  
info@ivf-tal.de | www.ivf-tal.de  
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Pat-Name

<p><b>Ist bei Ihnen bereits eine urolog. Untersuchung durchgeführt worden?</b> Wenn ja, bitte Angabe des Jahrs der Untersuchungen <b>Bitte (wenn möglich) sämtliche SpermioGramme vorab zu schicken.</b></p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr: _____</p>
<p><b>Ist bei Ihnen eine Erkrankung bekannt?</b> z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Rheuma, Schilddrüse (Unter-/Überstimulation), Asthma, Depressionen, Krebs, Tbc und andere.</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, wenn ja, welche: _____ seit dem Jahr: _____</p>
<p><b>Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt?</b></p> <p>Hepatitis B Hepatitis C HIV Chlamydien Corona (Covid-19) sonstiges</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Befund vom: _____ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Befund vom: _____ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Befund vom: _____ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Befund vom: _____ nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Befund vom: _____ nein <input type="checkbox"/> wenn ja, welche: _____</p>
<p><b>Welche Medikamente nehmen Sie ein?</b> Bitte Angabe sämtlicher Medikamente/ Hormone</p>	
<p><b>Rauchen Sie?</b> Wenn ja, wie viele pro Tag?</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____ pro Tag</p>
<p><b>Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Zeugungsfähigkeit/Spermienqualität bekannt?</b></p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Hatten sie bereits Kinderwunsch in einer früheren Partnerschaft?</b></p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Haben Sie bereits mit einer früheren Partnerin eine Schwangerschaft erzielt?</b> Wenn ja, Angabe des Jahres und ob Fehlgeburt oder Geburt. Kind gesund?</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____ Abort <input type="checkbox"/> Geburt <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Hatten Sie früher eine Mumps-Erkrankung?</b> wenn ja, wann:</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____</p>
<p><b>Gab es eine Hoden-/Nebenhodenentzündung?</b> Bitte Angabe Jahr und Seite</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____ li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Haben/Hatten Sie „Krampfadern“ am Hoden?</b></p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____ li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Gab es einen Hodenhochstand/Pendelhoden?</b> Falls OP, bitte Angabe des Jahres und der Seite</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____ li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Ist ein Hoden etwas kleiner?</b> Bitte Angabe der Seite</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Gab es eine andere Hodenoperation?</b></p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, Jahr _____ li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Gab es eine Hodenverletzung, einen Hodentumor?</b> Bitte Jahr und evtl. OP angeben</p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____</p>
<p><b>Leiden Sie an „Sexual-Störungen“?</b></p>	<p>nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> seit: _____</p>
<p><b>Urologe</b></p>	

**Tabelle der bisher durchgeführten  
Behandlungen der  
„Assistierte Reproduktion“  
IVF, ICSI, Kryo-Transfer**



**Reproduktionsmedizin  
München im Tal**  
MVZ  
Partnerschaftsgesellschaft mbB  
**Dr. Daniel Noss**  
**Dr. Isabel Stoll**  
**Dr. Patrick Mehrle**  
**Dr. Kathrin Pohlig**  
Tal 11, 80331 München  
(089) 24 22 95-0 | Fax: -60  
info@ivf-tal.de | www.ivf-tal.de  
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

- Bitte jeden durchgeführten Behandlungszyklus IVF oder ICSI oder Kryotransfer chronologisch angeben.
- Für jeden Behandlungszyklus eine eigene Tabelle ausfüllen.
- Wenn einzelne Punkte nicht beantwortet werden können, bitte „nicht bekannt“ eintragen
- Die Kryotransfer-Zyklen (d. h. die Übertragung der zuvor eingefrorenen Eizellen bzw. Embryonen) jeweils im Anschluss an die „nativen“ Behandlungszyklen angeben, aus denen die eingefrorenen Zellen stammten.

<b>Zyklus Nr. 1</b>	<b>Fragen:</b>	<b>Angaben (falls nicht bekannt – bitte: „nicht bekannt“ eintragen)</b>
	<b>Datum</b> der künstlichen Befruchtung (Eizellgewinnung oder Auftaudatum – evtl. nur Angabe von Monat/Jahr)	
	<b>Behandlungszentrum</b>	
	<b>Art der künstlichen Befruchtung (IVF oder ICSI oder Kryo-Transfer)</b> (Kryo-Transfer ist Auftauen von eingefrorenen Eizellen und Übertragung von Embryonen einige Tage später)	IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Kryo <input type="checkbox"/>
	<b>Art der hormonellen Stimulation</b> (Angabe der Medikamente z.B.: Decapeptyl/Synarela/Puregon/ Gonal /Menogon/Ovitrelle/Predalon/Utrogest und andere) Bei Kryo-Transfer: Art der hormonellen Vorbereitung eventuell auch: Übertragung im natürlichen Zyklus ohne hormonelle Behandlung.	
	<b>Anzahl (n) der gewonnenen Eizellen</b> (bzw. bei Kryo: wie viele Eizellen wurden aufgetaut)	n=
	<b>Anzahl (n) der befruchteten Eizellen</b> nach IVF oder ICSI	n=
	<b>Anzahl (n) der eingefrorenen befruchteten Eizellen</b>	n=
	<b>Anzahl (n) der übertragenen Embryonen</b>	n=
	<b>Anzahl der Tage der Embryo-Übertragung nach Eizellgewinnung (Transfer)</b>	n=
	<b>Zellteilungsstadium der übertragenen Embryonen</b>	
	<b>Eintritt einer Schwangerschaft?</b> (Abort, Eileiter-SS, Geburt)	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Abort <input type="checkbox"/> Geburt <input type="checkbox"/>
	<b>Geburt: Kind gesund?</b>	Spontan <input type="checkbox"/> Kaiserschnitt <input type="checkbox"/>
	Komplikationen bei der Behandlung	
	Fühlten Sie sich bei dieser Behandlung immer ausreichend informiert?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
	Empfanden Sie diese Behandlung als eine starke seelische Belastung?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>