



**Kinderwunschzentrum
Bad-Cannstatt**

Praxis M. Woriedh

Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
König-Karl-Str. 66
70372 Stuttgart
Tel.: 0711-290 671 Fax: 0711-292 321
E-Mail: Info@kwz-bc.de

Anamnesebogen

Sehr geehrte Patientin,

herzlich Willkommen in meiner Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen. Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patientin
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift
Straße PLZ Wohnort

Telefon
privat Mobil E-Mail

Versicherung

Beruf

Größe: Gewicht:

Datum letzte Regelblutung? _____ Dauer der Regelblutung? _____ Regelmäßig? ja/ nein

Wie oft im Monat? _____

Rauchen Sie? ja/ nein Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Operationen (Gyn)? ja/ nein Wenn ja, welche: _____

Allergien? ja/ nein Wenn ja, welche: _____

Sind Sie schwanger? ja/ nein Wenn ja, im wievielten Monat? _____

Anzahl Geburten? ____ Anzahl Fehlgeburten? ____ Anzahl Schwangerschaftsabbrüche? ____

von gleichen Partner? ja / nein

Entbindung? normal Zange/Saugglocke Kaiserschnitt

Komplikationen? ja/ nein Wenn ja, welche:

Haben oder hatten Sie eine der Folgerkrankungen/Infektionen?

- | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Thrombose | <input type="checkbox"/> Schlaganfall | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt | <input type="checkbox"/> Krampfadern |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Nierenerkrank. | <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Diabetes mell. |
| <input type="checkbox"/> Hormonstörungen | <input type="checkbox"/> Blutungsneigung | <input type="checkbox"/> Arthrose | <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrank. | |
| <input type="checkbox"/> Krebserkrank. | <input type="checkbox"/> Gemütskrank. | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV | <input type="checkbox"/> Harninkontinenz |
| <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ | | | | |

Bitte zu Seite 2



**Kinderwunschzentrum
Bad-Cannstatt**

Praxis M. Woriedh

Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
König-Karl-Str. 66
70372 Stuttgart
Tel.: 0711-290 671 Fax: 0711-292 321
E-Mail: Info@kwz-bc.de

**Traten in Ihrer Verwandtschaft (Eltern/ Geschwister/ Tante mütterlicherseits)
folgende Erkrankung auf?**

- Bluthochdruck Thrombose Schlaganfall Herzinfarkt Diabetes mel.
 Brustkrebs Darmkrebs Unterleibskrebs Fehlbildungen
 sonstige Krebserkrankungen: _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein? ja/ nein Pille Spirale sonstige
Welche? _____

Letzte gynäkologische Untersuchung? _____ Mammographie Darmspiegelung

Kontakt zu meiner Praxis/Empfehlung durch:

- Arzt Familie Bekannte Praxisschild Sonstiges

Internet, wo? _____

Bei KINDERWUNSCH:

Kinderwunsch besteht seit wann? _____

Sind Sie verheiratet ? ja / nein

Vorbehandlungen/Therapien durchgeführt? ja/ nein

Wenn ja, welche?: Stimulation Insemination IVF ICSI Kryo

Vorbefunde vorhanden? ja/ nein

Eileiterdurchgängigkeit geprüft ? ja / nein Komplikationen

Wenn ja, welche Methoden : Ultraschall Röntgen Bauchspiegelung

Ergebnis : Durchgängigkeit links rechts

nicht durchgängig links rechts

.....
Datum

.....
Unterschrift