

## BASISDATEN

**Datum\***

Titel

**Familienname\***

**Vorname\***

**Geburtsdatum\***

**Geburtsort\***

Versicherungs-Nr.

Versicherung

**Staatsbürgerschaft\***

**E-Mail\***

**Anschrift (Straße/Nr.)\***

**PLZ/Ort\***

**Land\***

**(Mobil)Telefon\***

Beruf

Dienstgeber

**Ich bin\***

- ☐ verheiratet    ☐ in einer eingetragenen Partnerschaft  
☐ in einer Partnerschaft/Lebensgemeinschaft    ☐ alleinstehend

Wir planen eine Behandlung ab

## PARTNER/IN

Titel

**Familienname\***

**Vorname\***

## GRUNDANGABEN

**Seit wann haben Sie einen unerfüllten Kinderwunsch mit Ihrem jetzigen Partner?**

**Wer ist Ihr Gynäkologe/Ihre Gynäkologin?**

**Wie verläuft Ihr Zyklus?**

☐ Regelmäßig ☐ Unregelmäßig

**Die letzte Blutung war am:**

**Waren Sie schon einmal schwanger?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Gab es in der Schwangerschaft Komplikationen?

**Haben Sie Kinder?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Wie viele? (Geburtsdatum)

Wenn ja: Hatten Sie Kaiserschnitte?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Gab es Komplikationen bei der Geburt?

**Wie schwer und wie groß sind Sie derzeit?**

<input type="text"/>	kg	<input type="text"/>	cm	BMI
----------------------	----	----------------------	----	-----

**Rauchen/Rauchten Sie?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Wie viele Zigaretten täglich?

**Haben Sie in den letzten 12 Monaten stark zu- oder abgenommen?**

☐ Nein ☐ Zugenommen ☐ Abgenommen

**Wurde Ihr unerfüllter Kinderwunsch bereits medizinisch behandelt?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Anmerkung

**Wurde die Eileiterdurchgängigkeit geprüft?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Anmerkung

**Wurde bei Ihnen Endometriose diagnostiziert?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Anmerkung

Ist die Endometriose im Rahmen einer Operation (Bauchspiegelung,...) festgestellt bzw. behandelt worden?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Anmerkung

**Wurden bei Ihnen Eierstock-Zysten diagnostiziert?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Anmerkung

**Wurde bei Ihnen eine Gebärmutterfehlbildung diagnostiziert?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Anmerkung

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Name/n der Medikamente

## GRUNDANGABEN

### Leiden Sie an folgenden Erkrankungen (oder haben Sie daran gelitten)?

Medikamentenallergie ☐ Ja ☐ Nein

Gegen:

Thrombose / Blutgerinnungsstörung ☐ Ja ☐ Nein

Bluthochdruck ☐ Ja ☐ Nein

Leber- oder Nierenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Nervenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Schilddrüsenerkrankung ☐ Ja ☐ Nein

Infektiöse Krankheiten (HIV, Hepatitis,...) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Welche Krankheit/en?

Andere Erkrankungen:

### Wann waren Sie das letzte Mal beim Krebsabstrich (PAP-Abstrich)?

Wurde bei Ihnen eine Chromosomenuntersuchung Ihres Blutes auf Störungen im Erbmaterial/Genetik gemacht?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: Wann?

Falls aktuelle, relevante Ergebnisse von anderen Untersuchungen vorhanden sind, nehmen Sie diese bitte zum Erstgesprächstermin mit.

## WIE WURDEN SIE AUF UNSERE KLINIK AUFMERKSAM?

Eine Mehrfachauswahl ist möglich.

- ☐ Empfehlung vom Frauenarzt
- ☐ Empfehlung von Freunden/Bekannten
- ☐ Internet
- ☐ Social Media
- ☐ Presse

**Stornogebührenregelung:** Die Kosten für das Erstgespräch betragen EUR 150,00. Von Ihrer verbindlichen Anmeldung können Sie per E-Mail oder telefonisch zurücktreten. Die Stornierung des Erstgesprächs ist bis zu 24 Stunden vor Termin kostenfrei. Bei kurzfristiger Stornierung (weniger als 24 Stunden vor Erstgesprächstermin) sowie bei Nichterscheinen fallen 100% der Kosten an. Bitte retournieren Sie diesen Anamnesebogen umgehend, damit Ihr Erstgesprächstermin fixiert wird. Vielen Dank!