

ANAMNESE UNGEWOLLTE KINDERLOSIGKEIT		DATUM:	
Name:		Geburtsdatum:	
Straße:		Hausnr.:	
PLZ:		Wohnort:	
Telefon (tagsüber):		Telefon (abends):	
Geschlecht:		Größe (cm):	
Beruf:		Gewicht (kg):	
Familienstand:		Wochenstunden:	
Anzahl Kinder:		E-Mail:	
		Anzahl Schwangerschaften:	
Englischkenntnisse (Selbsteinschätzung, Note von 1 bis 6):			
Krankenversicherung: Gesetzlich: <input type="checkbox"/> Privat: <input type="checkbox"/>			
Basisangaben Kinderwunsch			
Seit wann sind Sie mit Ihrem Partner zusammen ? (Monat/Jahr)			
Wieviel natürlich gezeugte Kinder haben Sie mit ihrem jetzigen Partner ?			
Seit wann besteht der aktuelle (unerfüllte) Kinderwunsch ? (Monat/Jahr)			
Bis wann haben Sie verhütet ? (Monat/Jahr)			
Welche Verhütungsmethode haben Sie verwendet ? (Mehrfachangaben möglich)			
Pille: <input type="checkbox"/> Spirale: <input type="checkbox"/> Kalender: <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Kondom: <input type="checkbox"/>			
Bisherige ärztliche Diagnosen /Beschwerden			Ca. Zeitraum
1.			
2.			
3.			
4.			
Befinden Sie sich aktuell in ärztlicher Behandlung Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>			
wegen einer vermuteten ungewollten Kinderlosigkeit			
Gynakologen /Urologen /Andrologen Praxis (Name /Adresse)			
Kinderwunschlinik(en) (Name /Adresse (Ort)			
Bisherige Diagnostik (NUR MÄNNER)			
Spermiogramm 2-mal: <input type="checkbox"/> 1-mal: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>			
Wenn ja, Normalbefund: <input type="checkbox"/> auffälliger Befund: <input type="checkbox"/>			
Blutuntersuchung (Hormonwerte) Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>			
Ultraschall vom Hoden (Hodengröße usw.) Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>			
Postkoitaltest (Zervixschleimverträglichkeit) Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>			
Bisherige Diagnostik (NUR FRAUEN)			
Transvaginaler Ultraschall Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>			
Antralfollikelzählung (Blut und Ultraschall) Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>			
Blutuntersuchung (AMH usw.) Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>			
Urinuntersuchung LH Hormon: <input type="checkbox"/> Bakterien: <input type="checkbox"/>			
Hysteroskopie (Gebärmutterspiegelung) Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>			
HyCoSy (Hysterokontrastsonographie) Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>			
HSG (Hysterosalpingographie) Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>			
Chromopertubation (Bauchspiegelung) Ja: <input type="checkbox"/> Nein: <input type="checkbox"/>			

