

# Eigen-Anamnese Formular

## Frau

Kinderwunsch seit Gewicht Folsäure (Name Präparat?) + Vitamine	Absetzen Verhütung (wann und welche Methoden)  Grösse Medikamente
Genetische Untersuchungen	
Eileiter geprüft <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Resultat? (bitte Befund mitbringen)	Wie: HSG-Röntgen/ HyCoSy-Ultraschall/ LSK-OP?
Bisherige Sterilitätstherapien (bitte Berichte mitbringen)	welche/wann/wo/erzielte Schwangerschaften?
Frühere Schwangerschaften	Jahr? Ausgang der Schwangerschaft?
Allgemeine Gesundheitsprobleme/ Erkrankungen	Eisenmangel? Schilddrüsenunterfunktion? Hepatitis?
Operationen	
Gynäkologische Erkrankungen	Behaarung? Akne? PCO-Syndrom? Myom? Endometriose? Eileiterentzündung? Auffälliger PAP-Abstrich?
Frühere Hormoneinnahme	z.B. Pille? wie vertragen?
Erkrankungen der Familie	z.B. Brustkrebs, Unterleibskrebs, Thrombosen, Embolien, genetische Erkrankungen? Diabetes?
Letzte gynäkologische Jahreskontrolle	Letzte Zahnkontrolle
Allergien	insb. Latex, Medikamente
1. Zyklustag letzte Periode (=1. Tag der richtigen Blutung)	Alter bei Einsetzen 1. Periode
Periode/ Zyklus	Dauer in Tagen? Abstand in Tagen? Regelmässigkeit? Zwischenblutungen? Blutklumpen?
Unterleibsschmerzen	Bei Periode? Schmerzmitteleinnahme? Beim Geschlechtsverkehr? Beim WC-Gang?
Durchgeführte Heim-Eisprungtests (LH-/ Ovulationstests?)	wenn ja, wie häufig positiv?
Nikotin (Zigaretten / Vape/ Anzahl)	

# Eigen-Anamnese Formular

## Mann

Gewicht	Grösse
Genetische Untersuchungen (bitte Befund organisieren)	
Medikamente	
Allgemeine Gesundheitsprobleme/ Erkrankungen	
Kinder aus früheren Partnerschaften	
Spermiogramm bereits durchgeführt? (bitte Befund organisieren)	
Nikotin	Anabolika
Operationen	
Urologische Untersuchungen?	Wann? Wo?
Urologische Erkrankungen?	Hodenhochstand in Kindheit? Mumpserkrankung? Unterleibs-Trauma? Entzündung? Krampfadern Hoden?

