

**Zyklusanamnese Frau**

<p><b>Erste Regelblutung im Alter von ca _____ Jahren</b>  <b>1. Tag der letzten Regel:</b> _____</p> <p><b>Blutungsrhythmus:</b></p> <p><input type="radio"/> regelmäßig, zwischen ____ und ____ Tagen</p> <p><input type="radio"/> unregelmäßig zwischen _____ und _____ T/W/M</p> <p><input type="radio"/> keine Regelblutungen mehr seit _____</p>	<p><b>Dauer der Regelblutung: _____ Tage</b>  <input type="radio"/> Zwischenblutungen</p> <p><b>Blutungsstärke:</b></p> <p><input type="radio"/> schwach   <input type="radio"/> mittel   <input type="radio"/> stark</p> <p><b>Regelschmerzen:</b>                  Auf einer Scala von 0 keine bis 10 stark</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/></p>																																
<p><b>Frühere Verhütungsmethoden:</b></p> <p><b>Pilleneinnahme</b>      <input type="radio"/> Nein      <input type="radio"/> Ja                  von _____ bis _____</p> <p><b>Spirale</b>              <input type="radio"/> Nein      <input type="radio"/> Ja                  von _____ bis _____</p>	<p><b>letzte Vorsorgeuntersuchung bei Ihrem Frauenarzt:</b>                  Datum: _____</p>																																
<p><b>Schwangerschaften?</b>    <input type="radio"/> nein</p>																																	
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th>Jahr</th> <th>Geburt</th> <th>Eileiter-SS</th> <th>Fehlgeburt/SSW</th> <th>Abbruch/SSW</th> <th>dieser Partner</th> <th>spontan</th> <th>Behandlung.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td> </td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td>Ja</td> <td>Nein</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>		Jahr	Geburt	Eileiter-SS	Fehlgeburt/SSW	Abbruch/SSW	dieser Partner	spontan	Behandlung.						Ja	Nein							Ja	Nein							Ja	Nein	
Jahr	Geburt	Eileiter-SS	Fehlgeburt/SSW	Abbruch/SSW	dieser Partner	spontan	Behandlung.																										
					Ja	Nein																											
					Ja	Nein																											
					Ja	Nein																											

**Frau**

**Mann**

<p><b>Familienkrankengeschichte:</b></p> <p>Krebs _____</p> <p>Diabetes _____</p> <p>Bluthochdruck _____</p> <p>Andere _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Familienkrankengeschichte:</b></p> <p>Krebs _____</p> <p>Diabetes _____</p> <p>Bluthochdruck _____</p> <p>Andere _____</p> <p>_____</p> <p>Mumps/Ziegenpeter _____</p>
<p><b>Eigene Erkrankungen:</b></p> <p><input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung: _____</p> <p><input type="radio"/> Zuckerkrankheit: _____</p> <p><input type="radio"/> Bluthochdruck, seit wann? _____</p> <p><input type="radio"/> Blutgerinnungserkrankung: _____</p> <p><input type="radio"/> Krebs/andere Tumoren: _____</p> <p><input type="radio"/> Seelische Erkrankungen: _____</p> <p><input type="radio"/> Allergien: _____</p> <p>_____</p> <p><input type="radio"/> andere Erkrankungen: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p><b>Eigene Erkrankungen:</b></p> <p><input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung: _____</p> <p><input type="radio"/> Zuckerkrankheit: _____</p> <p><input type="radio"/> Bluthochdruck, seit wann? _____</p> <p><input type="radio"/> Blutgerinnungserkrankung: _____</p> <p><input type="radio"/> Krebs/andere Tumoren: _____</p> <p><input type="radio"/> Seelische Erkrankungen: _____</p> <p><input type="radio"/> Allergien: _____</p> <p><input type="radio"/> Hodenhochstand _____</p> <p><input type="radio"/> Mumps/Ziegenpeter _____</p> <p><input type="radio"/> Krampfadern am Hoden _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**Frau**

**Mann**

<p><b>Medikamente</b> <span style="float:right"><input type="radio"/> Keine</span></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Name</td> <td style="width:33%;">Dosis</td> <td style="width:33%;">Indikation</td> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	Name	Dosis	Indikation	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<p><b>Medikamente</b> <span style="float:right"><input type="radio"/> Keine</span></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Name</td> <td style="width:33%;">Dosis</td> <td style="width:33%;">Indikation</td> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	Name	Dosis	Indikation	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Name	Dosis	Indikation																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
Name	Dosis	Indikation																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
<p><b>Operationen</b> <span style="float:right"><input type="radio"/> Keine</span></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Jahr</td> <td style="width:33%;">Klinik</td> <td style="width:33%;">OP</td> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	Jahr	Klinik	OP	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<p><b>Operationen</b> <span style="float:right"><input type="radio"/> Keine</span></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Jahr</td> <td style="width:33%;">Klinik</td> <td style="width:33%;">OP</td> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	Jahr	Klinik	OP	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Jahr	Klinik	OP																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
Jahr	Klinik	OP																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
<p><b>Bisherige Diagnostik</b> <span style="float:right"><input type="radio"/> Keine</span></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Jahr</td> <td style="width:33%;">Praxis/Klinik</td> <td style="width:33%;">Diagnose</td> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	Jahr	Praxis/Klinik	Diagnose	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<p><b>Bisherige Diagnostik</b> <span style="float:right"><input type="radio"/> Keine</span></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Jahr</td> <td style="width:33%;">Praxis/Klinik</td> <td style="width:33%;">Diagnose</td> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	Jahr	Praxis/Klinik	Diagnose	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Jahr	Praxis/Klinik	Diagnose																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
Jahr	Praxis/Klinik	Diagnose																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
<p><b>Bisherige Therapie</b> <span style="float:right"><input type="radio"/> Keine</span></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Jahr</td> <td style="width:33%;">Praxis/Klinik</td> <td style="width:33%;">Therapie</td> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	Jahr	Praxis/Klinik	Therapie	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<p><b>Bisherige Therapie</b> <span style="float:right"><input type="radio"/> Keine</span></p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:33%;">Jahr</td> <td style="width:33%;">Praxis/Klinik</td> <td style="width:33%;">Therapie</td> </tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </table>	Jahr	Praxis/Klinik	Therapie	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Jahr	Praxis/Klinik	Therapie																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
Jahr	Praxis/Klinik	Therapie																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
<p><b>Schwangerschaften erzielt:</b> <span style="float:right"><input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein</span></p> <p>mit dieser Partnerin <input type="radio"/> _____</p> <p>mit anderer Partnerin <input type="radio"/> _____</p>																									
<p><b>Wie häufig haben Sie durchschnittlich sexuellen Verkehr?</b></p> <p><input type="radio"/> ca. ____mal pro Woche oder ca. _____mal pro Monat</p> <p><input type="radio"/> nur um den Eisprung herum</p> <p><input type="radio"/> in letzter Zeit gar nicht</p> <p>Bemerkungen:</p>																									
<p><b>Sonstiges:</b></p>   																									

Magdeburg, \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Patientin \_\_\_\_\_ Patient

Liebe Patientin, lieber Patient,

zunächst möchten wir uns für Ihr Vertrauen in unsere Arbeit bedanken und Sie in unserer Kinderwunschpraxis herzlich willkommen heißen. Gerne begleiten wir Sie auf ihrem Weg zum Wunschkind. Unser Anspruch ist es, Ihre Therapie auf der Basis eines vertrauensvollen Miteinanders zu führen, worauf alle notwendigen diagnostischen Maßnahmen ergriffen und Befunde mit Ihnen besprochen werden, um einen für Sie optimalen Therapiezyklus unternehmen zu können.

In diesem Sinne möchten wir Sie gerne um die Beachtung folgender Punkte bitten:

- Bitte füllen Sie den Anamnesebogen gut leserlich möglichst in Blockschrift aus.
- Bitte beantworten Sie die unten gestellten Fragen wahrheitsgemäß und möglichst vollständig.
- Bei Kassenpatienten ist ein gültiger Überweisungsschein pro Quartal für die Abrechnung zwingend notwendig.** Sollten diese nicht vorliegen, sehen wir uns gezwungen Ihnen die **Behandlung privat in Rechnung zu stellen.**
- Bitte setzen Sie uns über Allgemeinerkrankungen während der Therapie, z.B. grippaler Infekt, in Kenntnis.
- Bitte vermeiden Sie die Einnahme von (nicht therapie relevanten) Medikamenten und reduzieren oder vermeiden Sie möglichst Alkohol- und Nikotinkonsum.
- Im Rahmen einer jeden Kinderwunschbehandlung ist eine eindeutige Identifizierung des Paares durch den Personalausweis erforderlich. Bitte vergessen Sie nicht, diesen zum Termin mitzubringen.**

**Wir erklären uns bereit, Änderungen der Krankenkasse, Adresse oder Telefonnummer unverzüglich der Praxis mitzuteilen.**

### Patientenangaben

Frau	Mann
Name, Vorname:	Name, Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsdatum:
Straße:	Straße:
PLZ/Ort:	PLZ/Ort:
Tel. Privat (oder Handy):	Tel. Privat (oder Handy):
Tel. Dienstlich:	Tel. Dienstlich:
Beruf:	Beruf:
Krankenversicherung:	Krankenversicherung:
Gynäkologe:	Urologe:
Empfehlung durch: <input type="checkbox"/> Bekannte/Freunde <input type="checkbox"/> Überweiser <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Medien <input type="checkbox"/> _____	
Verheiratet: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> noch in anderer Partnerschaft verheiratet: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Größe            cm    Gewicht            kg	Größe            cm    Gewicht            kg
Nikotin:    nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____ Anzahl/Tag	Nikotin:    nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____ Anzahl/Tag
Alkohol: nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/>	Alkohol: nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/>
Kinderwunsch seit:	Entfernung Praxis / Wohnort ca. _____ km

**Magdeburg,** \_\_\_\_\_

**Datum**

**Patientin**

**Patient**

## Erklärung zu verschiedenen Maßnahmen vor einer Kinderwunschtherapie:

**Patientin:**

**Patient:**

### Information zur Datenlieferung an das deutsche IVF-Register

Wir wurden darüber in Kenntnis gesetzt, dass im Rahmen der Behandlung im Kinderwunschzentrum Magdeburg erhobene Daten in anonymisierter Form an das Deutsche IVF-Register weitergeleitet werden müssen.

### Einverständniserklärung zum HIV-Test

Gemäß den Richtlinien über Kinderwunschbehandlung ist vor einer ein HIV-Test erforderlich. Durch Unterschrift erklärt sich das oben genannte Paar mit der Durchführung eines HIV-Tests durch das Kinderwunschzentrum einverstanden.

Magdeburg, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Patientin**

\_\_\_\_\_

**Partner**

### Einverständniserklärung zur Nutzung / Auswertung von Behandlungsdaten in wissenschaftlichen Studien

Die im Rahmen der Behandlung in unserer Praxis erhobenen Daten dürfen in anonymisierter Form im Rahmen wissenschaftlicher Studien durch das Kinderwunschzentrum Magdeburg ausgewertet bzw. weitergeleitet werden.

einverstanden                       nicht einverstanden

Magdeburg, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Patientin**

\_\_\_\_\_

**Partner**

### Aufklärung über die Notwendigkeit von zwei Rötelnimpfungen

Hiermit bestätige ich, dass ich über die Empfehlung der STIKO des Robert- Koch-Institutes ausführlich aufgeklärt wurde. Demnach ist nur nach zwei dokumentierten Rötelnimpfungen eine Rötelnimmunität vorhanden. Ist nur eine Rötelnimpfung dokumentiert, muss die zweite Impfung zeitnah und unter Verhütung nachgeholt werden. Der Nachweis von Antikörpern allein zählt nicht als Nachweis einer sicheren Immunität.

Ich wünsche die erforderliche Rötelnimpfung                       ja                       nein

Magdeburg, \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datum**

**Patientin**



2.2.2 Schweigepflicht und  
Datenschutz

## Einverständniserklärung Informationsweitergabe

Ziel 2 (Kernziel)

Dres. med. Richter / Nickel

**KiWu**

2.2.2 (2) Dok

Kinderwunschzentrum Magdeburg, Dres. Med. Richter / Nickel, Ulrichplatz 1, 39104 Magdeburg

Name der Patientin		Pat.-ID:
Name des Patienten		Pat.-ID:

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wir möchten Sie darauf hinweisen, dass alle Mitarbeiter unserer Praxis zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Wir sind generell zur Befundübermittlung an den **behandelnden Facharzt** verpflichtet und empfehlen Ihnen, dieser grundsätzlich zuzustimmen. Sollten Sie diese nicht wünschen, bitten wir Sie, uns davon zu entbinden.

Befundübermittlung an:

**Gynäkologe:** \_\_\_\_\_ ja    nein  
**Urologe:** \_\_\_\_\_ ja    nein  
**Hausarzt:** \_\_\_\_\_ ja    nein

Magdeburg, \_\_\_\_\_

**Partnerin**

**Partner**