

Anamnesebogen Kinderwunsch

Ich benötige einige Angaben, um individuell und optimal behandeln zu können. Selbstverständlich unterliegen alle Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz. Ihre Daten werden nicht an Dritte weitergegeben, sie dienen ausschließlich dazu, meine Therapie zu optimieren. Dieser Anamnesebogen ist sehr ausführlich, weil beim unerfüllten Kinderwunsch die Ursachenklärung sehr vielfältig ist.

Name, Vorname:	
Geboren am:	
Straße, Hausnr.:	
PLZ, Ort:	
Telefon:	
E-mail:	
Beruf:	
krankvenversichert bei:	
Behandelnde Ärzt/innen:	
Kinderwunschzentrum (Name, Adresse):	
Seit wann besteht Kinderwunsch?	
Welche Therapien wurden/werden derzeit durchgeführt?	
Besteht eine Schwangerschaft?	
Bestehen Allergien? Welche?	
Bestehen Amalgamfüllungen? Evtl. auch Goldinlays?	
Wurden Operationen durchgeführt? Wenn ja welche und wann? Haben Sie Narben?	
Haben Sie Stütz- oder Prothesematerial im Körper? (Auch Drähte, Schrauben, Implantate etc.)	
Regelmäßige Medikamente:	
Akute Medikamenteneinnahme:	
Zyklusdauer:	

Leiden Sie unter:

- Glutenunverträglichkeit /Zölikie /
Glutensensitivität
- Milchunverträglichkeit
- Histaminunverträglichkeit
- Essstörungen
- Sperma-Allergie
- Eierstockentzündungen
- Eileiterschwangerschaften
- Eileiter Verklebungen
- Scheidenentzündungen
- Pilzinfektionen
- Zysten
- Myomen
- Endometriose
- ungewöhnlichem Ausfluss
- Amenorrhoe (Ausbleiben der
Regelblutung)
- unregelmäßigen Zyklus
- Diabetes
- PCO¹
- Folsäuremangel
- Vitamin D-Mangel
- Pyrollurie (KPU/HPU-Störungen)
- Manganmangel
- Hyperandrogenismus
- Magen-Darm-Beschwerden
- Lebererkrankung
- seelischen Belastungen
- einer Tumorerkrankung

Nehmen Sie regelmäßig die folgenden
Medikamente ein:

- Pille
- Antiepileptika
- Diuretika
- ASS (z.Bsp. Aspirin)
- Metformin oder andere Diabetes-Typ-2-
Präparate
- Antibiotika

Sind Sie:

- Raucherin
- chronische Bluterin

Liegen Befunde vor zu:

- Tubendurchlässigkeit (Ultraschall?
Hysteroskopie? Laparoskopie?)
- Vitamin D?
- Jodmangel?
- Progesteron?
- TSH?
- TFH
- Nebennierentest/Cortisol
- Schilddrüsenerkrankungen

1 Polycystische Ovarien oder Stein-Leventhal-Syndrom / chronische oder
Hyperandrogenämische Anovulation / Polycystic Ovarian Disease (PCOD)

IUI

	Stimulation und GV	IUI homolog	IUI heterolog
Medikamente			
Anzahl der Versuche			
		Kappe oder Schlauch	Spendersamen

IVF / ICSI

Versuch/Therapie				
Medikation (Darmregulation?)				
Downregulierung				
Anzahl der Follikel				
Befruchtungsrage				
Embryonen Transfer Anzahl				
Kyro?				
Besonderheiten				

Bestehen/Bestanden:

- Hodenverletzungen
- Hochhochstand
- Hodenentzündungen
- Varikozele (Krampfadern)
- Fehlbildungen
- Tumore
- Kopfverletzungen z.B. durch Fußball

Liegen folgende Befunde vor:

- Spermio gramme (Befund?)
- Prostatauntersuchungen
- Genetische Untersuchungen

Bitte bringen Sie zum ersten Gespräch Ihren aktuellen Zyklus kalender mit.

Ich bin mit einer osteopathischen/komplementärmedizinischen Behandlung einverstanden. Eine gänzliche Heilung wird nicht versprochen. Mir ist bekannt, dass es zu einer Erstverschlimmerung oder Heilkrise kommen kann. Bei Druckpunktbehandlung könnte es zu Hämatomen (blauen Flecken) kommen. Eine komplementärmedizinische Behandlung ersetzt nicht den Arztbesuch. Die Verschreibung von Präparaten ist eine Empfehlung. Bitte informieren Sie Ihren behandelnden Arzt darüber.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Datum

Unterschrift Patient/in