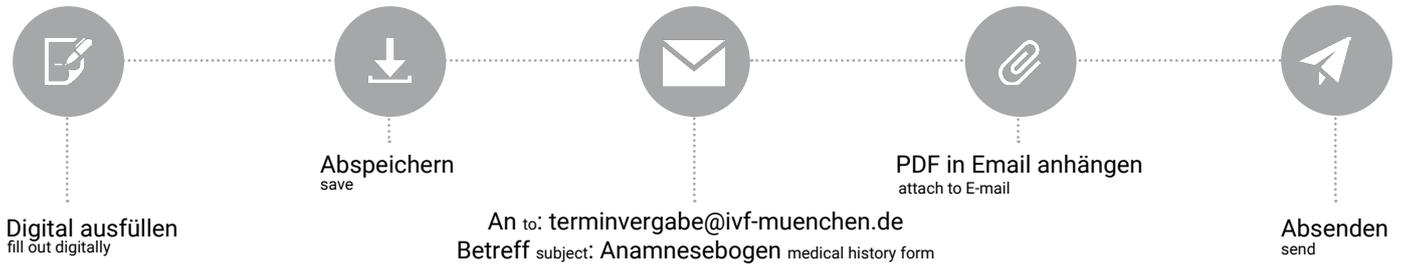


Anamnesebogen medical history form



PatientIn:
Patient:

Ihr erster Termin bei uns (Datum):
Your first appointment with us (date):

Name
surname

Vorname
name

Geburtsdatum
date of birth

Bitte beantworten Sie uns nachfolgende Fragen soweit Ihrerseits möglich und lassen uns Kopien Ihrer auswärts bereits erhobenen Befunde mit diesem Fragebogen zukommen.

Please answer the following questions as far as you are able and send us copies of your previous (external) medical reports with this questionnaire.

Angaben PatientIn patient details

Größe (cm)
height

Gewicht (kg)
weight

Blutgruppe (Bitte Ausweis oder Kopie mitbringen, falls vorhanden)
blood type (Please bring ID if available)

Bekannte Allergien aus dem medizinischen Bereich?
Known allergies from the medical field?

nein no

ja (Falls ja, welche?) yes (If yes, which ones?)

Latex
latex

Penicillin, andere Antibiotika:
penicillin, other antibiotics:

andere:
other:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Vitamine oder Hormone ein?
Do you take regular medications, vitamins or hormones?

nein no

ja (Falls ja, welche?) yes (If yes, which ones?)

Folsäure; Name des Präparats:
folic acid; name of the preparation:

andere Medikamente:
other medications:

Sind Sie geimpft? Bitte Impfpass mitbringen!
Are you vaccinated? Please bring vaccination certificate!

Röteln/MMR, wie oft?
rubella/MMR, how often?

Windpocken
chickenpox

Keuchhusten (Pertussis), zuletzt:
pertussis, most recently:

Rauchen Sie? Do you smoke?

nein
no

1-5 Zig./Tag
cigarettes a day

6-10 Zig./Tag
cigarettes a day

11-15 Zig./Tag
cigarettes a day

16-20 Zig./Tag
cigarettes a day

Mehr als 20 Zig./Tag
more than 20 cigs. a day

Sind Sie blutsverwandt?
Are you related by blood?

nein no

ja yes

Wann war die letzte Krebsvorsorge bei Ihrer Frauenärztin/Ihrem Frauenarzt?
When was the last cancer screening at your gynecologist?

Alter bei der ersten Blutung:
 age at the first bleeding:

Zyklusdauer (*Abstand vom ersten der Regelblutung bis zum ersten Tag zur nächsten Blutung*)
 cycle length (*interval from the first day of the menstrual period to the first day of the next menstrual period*)

Zwischen und Tage Keine Blutung seit:
 between and days no bleeding since:

Wie viele Tage dauert die Blutung? Tage
 How long does the bleeding last? days

Wie stark ist die Blutung? leicht mittel stark
 How intense is the bleeding? light medium strong

Zwischenblutungen? nein no ja yes
 intermenstrual bleeding?

Schmierblutungen vor der Regel? nein no ja yes
 Spotting before your period?

Haben Sie Schmerzen während der Blutung? nein leicht mittel stark
 Do you have pain during your period? no light medium strong

Nehmen Sie aufgrund der Regelschmerzen Schmerzmittel? nein no ja yes
 Are you taking pain killers during your period?

Bisherige Verhütungsmaßnahmen:
 previous contraceptives

Pille von bis Spirale von bis Eileiterdurchtrennung Jahr
 pill from until spiral from until tubal transection year

Haben Sie körperliche Veränderungen bemerkt? nein no ja (*Falls ja, welche?*) yes (*If yes, which ones?*)
 Have you noticed any physical changes?

Milchabgang aus der Brust
 drain of breast milk

Vermehrte Körperbehaarung
 increased body hair

Unreine Haut (Akne)
 impure skin (acne)

Ist bereits früher eine Schwangerschaft eingetreten? nein no ja (*Falls ja, bitte weitere Angaben:*)
 Has pregnancy occurred before? no yes (*if yes, please note further details:*)

Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt?
 (*Monat/Jahr*)
 When was the pregnancy detected?
 (month/year)

Bitte teilen Sie uns mit, ob eine Geburt, Abort oder ein Abbruch stattfand.
 (Angabe des Datums und der Schwangerschaftswoche):
 Please inform us if there was a birth/miscarriage or abortion
 (+ week of pregnancy).

Trat die Schwangerschaft nach einer Kinderwunschbehandlung ein?
 Did pregnancy occur after fertility treatment?

Trat die Schwangerschaft in der jetzigen Partnerschaft ein?
 Did pregnancy occur in the current partnership?

	Wann wurde die Schwangerschaft festgestellt? (<i>Monat/Jahr</i>) When was the pregnancy detected? (month/year)	Bitte teilen Sie uns mit, ob eine Geburt, Abort oder ein Abbruch stattfand. (Angabe des Datums und der Schwangerschaftswoche): Please inform us if there was a birth/miscarriage or abortion (+ week of pregnancy).	Trat die Schwangerschaft nach einer Kinderwunschbehandlung ein? Did pregnancy occur after fertility treatment?	Trat die Schwangerschaft in der jetzigen Partnerschaft ein? Did pregnancy occur in the current partnership?
1.		Geburt Abort Abbruch birth abort abortion Datum: SSW: date: PW:	nein ja no yes	nein ja no yes
2.		Geburt Abort Abbruch birth abort abortion Datum: SSW: date: PW:	nein ja no yes	nein ja no yes
3.		Geburt Abort Abbruch birth abort abortion Datum: SSW: date: PW:	nein ja no yes	nein ja no yes

Bei Geburten bitten wir um Angabe von: In case of birth, please indicate:			
Geburtswoche: week of birth:	Größe: height:	Gewicht: weight:	Geschlecht: sex:
Spontangeburt spontaneous birth	Sectio (Kaiserschnitt) C-section		
Komplikationen complications:			
Geburtswoche: week of birth:	Größe: height:	Gewicht: weight:	Geschlecht: sex:
Spontangeburt spontaneous birth	Sectio (Kaiserschnitt) C-section		
Komplikationen complications:			
Geburtswoche: week of birth:	Größe: height:	Gewicht: weight:	Geschlecht: sex:
Spontangeburt spontaneous birth	Sectio (Kaiserschnitt) C-section		
Komplikationen complications:			

Vorbehandlungen (bitte genaue Übersicht/Protokolle mitbringen, falls vorhanden) pretreatments (please bring detailed overview/protocols, if available)	nein no
Vorausgegangene hormonelle Stimulation (ohne Insemination oder IVF/ICSI-Behandlung)? Falls ja, wann und wie oft: previous hormonal stimulation (without insemination or IVF/ICSI treatment)? If yes, when and how often:	
Vorausgegangene Inseminationbehandlung? Falls ja, wann und wie oft: previous insemination treatment? If yes, when and how often:	
Vorausgegangene IVF- und/oder ICSI-Behandlungen? Falls ja, wann und wie oft: previous IVF and/or ICSI treatments? If yes, when and how often:	

Operationen surgeries		
Gibt es gynäkologische Operationen in der Vorgeschichte? Is there a history of gynecologic surgeries?	nein no	ja (Falls ja, wann und welche?) yes (if yes, when and which?)
Wurde die Eileiterdurchgängigkeit geprüft? Has the tubal patency been checked?	nein no	ja (Falls ja, wann und welche?) yes (if yes, when and which?)
Bauchspiegelung am: date of laparoscopy:	Ultraschall mit Kontrastmittel am: date of ultrasound with contrast agent	
Ergebnis: Result:		
Nichtgynäkologische Operationen: non-gynecological surgeries:	nein no	ja (Falls ja, wann und welche?) yes (if yes, when and which?)

Vorerkrankungen

Pre-existing illnesses

Hatten oder haben Sie folgende allgemeine Vorerkrankungen?

Have you had or are you having following general pre-existing illnesses?

nein
 no

Diabetes mellitus
 diabetes mellitus

Erkrankung der Nieren/Leber/Lunge
 kidney/liver/lung disease

Thrombosen/Embolien/Blutungsneigung
 thromboses/embolisms/bleeding tendency

Krebserkrankung
 cancer disease

Herz-Kreislauf-Gefäß-Erkrankungen
 heart-circulation-vascular diseases

Erbkrankheiten
 hereditary diseases

Epilepsie/psychische Erkrankungen
 epilepsy/mental illness

andere:
 other :

Allgemeine Vorerkrankungen in der Familie:

Familiar pre-existing illnesses:

nein
 no

Diabetes mellitus
 diabetes mellitus

Krebserkrankung
 cancer disease

Thrombosen/Embolien/Blutungsneigung
 thromboses/embolisms/bleeding tendency

Ungewollte Kinderlosigkeit
 involuntary childlessness

Herzinfarkt
 heart attack

Erbkrankheiten
 hereditary diseases

Schlaganfall
 stroke

andere:
 other:

Mit dem Zusenden dieses Patientenanamnesebogens willige ich ein, dass das KCM die hierin angegebenen personenbezogenen Daten speichert und im Rahmen meiner medizinischen Behandlung nutzt.

By submitting this medical history form, I consent to KCM storing the personal information provided and using it as part of my medical treatment.

Bitte tragen Sie auch auf dieser Seite Ihren Namen ein!

Please enter your name on this page as well!

Name surname	Vorname name	Geburtsdatum date of birth
-----------------	-----------------	-------------------------------

Bitte beantworten Sie uns nachfolgende Fragen soweit Ihrerseits möglich und lassen uns Kopien Ihrer auswärts bereits erhobenen Befunde mit diesem Fragebogen zukommen.

Please answer the following questions as far as possible and send us copies of your previous (external) medical reports with this questionnaire.

Angaben PartnerIn:

Partner details:

Größe (cm) height	Gewicht (kg) weight
----------------------	------------------------

Blutgruppe (Bitte Ausweis oder Kopie mitbringen, falls vorhanden) blood type (Please bring ID if available)
--

Bekannte Allergien aus dem medizinischen Bereich? Known allergies from the medical field?	nein no	ja (Falls ja, welche?) yes (If yes, which ones?)
Latex latex	Penicillin, andere Antibiotika: penicillin, other antibiotics:	andere other

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Vitamine oder Hormone ein? Do you take regular medications, vitamins or hormones?
nein no ja (Falls ja, welche?) yes (If yes, which ones?)

Rauchen Sie? Do you smoke?
nein no 1-5 Zig./Tag cigarettes a day 6-10 Zig./Tag cigarettes a day 11-15 Zig./Tag cigarettes a day 16-20 Zig./Tag cigarettes a day Mehr als 20 Zig./Tag core than 20 cigs. a day

Trinken Sie Alkohol ? Do you drink alcohol ?
nein no ja, wie viel? yes, how much? andere Genussmittel: other stimulants:

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten Fieber höher als 38 °C odere andere vorübergehende Erkrankungen? Have you had fever over 38°C or other transient illnesses in the last 3 months?	nein no
---	---------

Wann war die letzte urologische/androgologische Untersuchung? When was the last urological/andrological examination?

Wurden bereits Spermogramme durchgeführt? (Vorbefunde bitte mitbringen!) Were sperm examinations carried out? (Please bring previous findings with you!)	nein no	ja yes
---	---------	--------

1. Datum: date:
Ergebnis: result:
2. Datum: date:
Ergebnis: result:

Kinderwunsch/Schwangerschaft
 desire for children / pregnancy

Ist in einer anderen Partnerschaft eine Schwangerschaft eingetreten?
 Has pregnancy occurred in another partnership?

 nein
no
 ja
yes
Nach Kinderwunschbehandlung?
 after fertility treatment ?

 nein
no
 ja
yes
Bestand in einer anderen Partnerschaft bereits unerfüllter Kinderwunsch?
 Has an unfulfilled desire to have children already existed in an earlier partnership?

 nein
no
 ja
yes
Vorerkrankungen
 pre-existing illnesses

Hatten oder haben Sie folgende urologische/andrologische Erkrankungen oder Eingriffe?
 Have you had or do you have the following urological/andrological diseases or procedures?

 nein
no

Hodenhochstand
 undescended testicle

Hodenentzündung
 testicular inflammation

Refertilisierung
 refertilisation

Leistenbruch
 inguinal hernia

Hodentumor
 testicular tumor

Hodenbiopsie (MESA, TESE)
 testicular biopsy (MESA, TESE)

Mumps
 mumps

Krampfader am Hoden
 varicose veins on the testicle

Einfrieren von Spermia
 sperm freezing

Hodenverletzung
 testicular injury

Sterilisation
 sterilisation

Hatten oder haben Sie folgende allgemeine Vorerkrankungen?
 Have you had or are you having the following general pre-existing conditions?

 nein
no

Diabetes mellitus
 diabetes mellitus

Erkrankung der Nieren/Leber/Lunge
 kidney/liver/lung disease

Thrombosen/Embolien/Blutungsneigung
 thromboses/embolisms/bleeding tendency

Krebserkrankung
 cancer disease

Herz-Kreislauf-Gefäß-Erkrankungen
 heart-circulation-vascular diseases

Erbkrankheiten
 hereditary diseases

Epilepsie/psychische Erkrankungen
 epilepsy / mental illness

andere:
 other:

Allgemeine Vorerkrankungen in der Familie:
 general pre-existing conditions in the family:

 nein
no

Diabetes mellitus
 diabetes mellitus

Krebserkrankung
 cancer disease

Thrombosen/Embolien/Blutungsneigung
 thromboses/embolisms/bleeding tendency

Ungewollte Kinderlosigkeit
 involuntary childlessness

Herzinfarkt
 heart attack

Erbkrankheiten
 hereditary diseases

Schlaganfall
 stroke

andere:
 other:

Mit dem Zusenden dieses Patientenanamnesebogens willige ich ein, dass das KCM die hierin angegebenen personenbezogenen Daten speichert und im Rahmen meiner medizinischen Behandlung nutzt.

By submitting this medical history form, I consent to KCM storing the personal information provided and using it as part of my medical treatment.