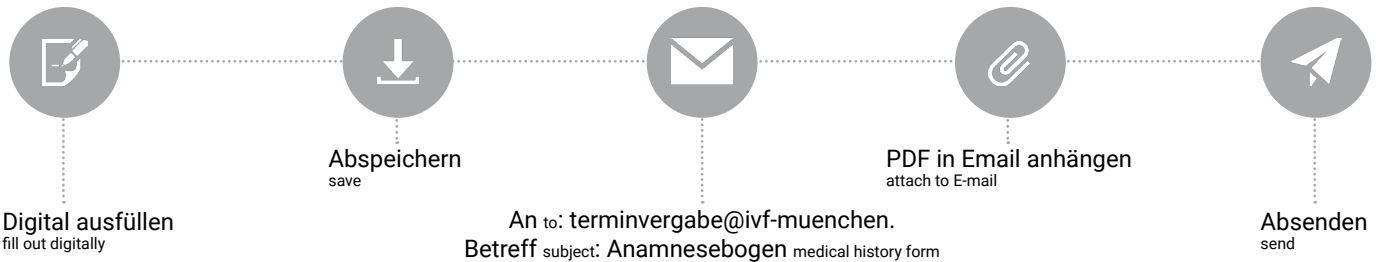


Anamnesebogen medical history form



PatientIn:

Patient:

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

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

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

Seit welchem Zeitpunkt besteht aktiver Kinderwunsch (d.h. Zyklen mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr)?
Since when have you been trying to get pregnant? (this means: cycles with unprotected sexual intercourse)

__ / __ (Monat / Jahr)
(month / year)

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? nein no ja (Falls ja, welche?) yes (If yes, which ones?)
Known allergies from the medical field?

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, other antibiotics:	andere Medikamente: other medications:
---	---

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

nein no ja (Falls ja, welche?) yes (If yes, which ones?)

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? <small>Are you related by blood?</small>	nein no	ja yes
---	---------	--------

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

Alter bei der ersten Blutung: <small>age at the first bleeding:</small>
--

Zyklusdauer (<i>Abstand vom ersten der Regelblutung bis zum ersten Tag zur nächsten Blutung</i>) <small>cycle length (interval from the first day of the menstrual period to the first day of the next menstrual period)</small>			
Zwischen <small>between</small>	und <small>and</small>	Tage <small>days</small>	Keine Blutung seit: <small>no bleeding since:</small>

Wie viele Tage dauert die Blutung? <small>How long does the bleeding last?</small>	Tage <small>days</small>	Wie stark ist die Blutung? <small>How intense is the bleeding?</small>	leicht <small>light</small>	mittel <small>medium</small>	stark <small>strong</small>
---	-----------------------------	---	--------------------------------	---------------------------------	--------------------------------

Zwischenblutungen? <small>intermenstrual bleeding?</small>	nein no	ja yes	Schmierblutungen vor der Regel? <small>Spotting before your period?</small>	nein no	ja yes
---	---------	--------	--	---------	--------

Nehmen Sie aufgrund der Regelschmerzen Schmerzmittel? <small>Are you taking pain killers during your period?</small>	nein no	ja yes
---	---------	--------

Bisherige Verhütungsmaßnahmen: <small>previous contraceptives</small>					
Pille von <small>pill from</small>	bis <small>until</small>	Spirale von <small>spiral from</small>	bis <small>until</small>	Eileiterdurchtrennung <small>tubal transection</small>	Jahr <small>year</small>

Haben Sie körperliche Veränderungen bemerkt? <small>Have you noticed any physical changes?</small>			nein no	ja (<i>Falls ja, welche?</i>) yes (<i>If yes, which ones?</i>)	
Milchabgang aus der Brust <small>drain of breast milk</small>	Vermehrte Körperbehaarung <small>increased body hair</small>	Unreine Haut (Akne) <small>impure skin (acne)</small>			

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

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

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 <small>surname</small>	Vorname <small>name</small>	Geburtsdatum <small>date of birth</small>
--------------------------------	--------------------------------	--

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) <small>height</small>	Gewicht (kg) <small>weight</small>
-------------------------------------	---------------------------------------

Blutgruppe <i>(Bitte Ausweis oder Kopie mitbringen, falls vorhanden)</i> <small>blood type (Please bring ID if available)</small>
--

Bekannte Allergien aus dem medizinischen Bereich? <small>Known allergies from the medical field?</small>	nein no	ja <i>(Falls ja, welche?)</i> yes <i>(If yes, which ones?)</i>			
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Latex <small>latex</small></td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">Penicillin, andere Antibiotika: <small>penicillin, other antibiotics:</small></td> <td style="width: 33%; padding: 5px;">andere: <small>other:</small></td> </tr> </table>	Latex <small>latex</small>	Penicillin, andere Antibiotika: <small>penicillin, other antibiotics:</small>	andere: <small>other:</small>		
Latex <small>latex</small>	Penicillin, andere Antibiotika: <small>penicillin, other antibiotics:</small>	andere: <small>other:</small>			

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

Rauchen Sie? Do you smoke?						
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 16.6%; padding: 5px;">nein <small>no</small></td> <td style="width: 16.6%; padding: 5px;">1-5 Zig./Tag <small>cigarettes a day</small></td> <td style="width: 16.6%; padding: 5px;">6-10 Zig./Tag <small>cigarettes a day</small></td> <td style="width: 16.6%; padding: 5px;">11-15 Zig./Tag <small>cigarettes a day</small></td> <td style="width: 16.6%; padding: 5px;">16-20 Zig./Tag <small>cigarettes a day</small></td> <td style="width: 16.6%; padding: 5px;">Mehr als 20 Zig./Tag <small>more than 20 cigs. a day</small></td> </tr> </table>	nein <small>no</small>	1-5 Zig./Tag <small>cigarettes a day</small>	6-10 Zig./Tag <small>cigarettes a day</small>	11-15 Zig./Tag <small>cigarettes a day</small>	16-20 Zig./Tag <small>cigarettes a day</small>	Mehr als 20 Zig./Tag <small>more than 20 cigs. a day</small>
nein <small>no</small>	1-5 Zig./Tag <small>cigarettes a day</small>	6-10 Zig./Tag <small>cigarettes a day</small>	11-15 Zig./Tag <small>cigarettes a day</small>	16-20 Zig./Tag <small>cigarettes a day</small>	Mehr als 20 Zig./Tag <small>more than 20 cigs. a day</small>	

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? <small>Have you had fever over 38°C or other transient illnesses in the last 3 months?</small>	nein no
--	---------

Wann war die letzte urologische/androgische Untersuchung? <small>When was the last urological/andrological examination?</small>
--

Wurden bereits Spermioogramme durchgeführt? <i>(Vorbefunde bitte mitbringen!)</i> <small>Were sperm examinations carried out? (Please bring previous findings with you!)</small>	nein no	ja yes
---	---------	--------

1. Datum: <small>date:</small>
Ergebnis: <small>Result:</small>

2. Datum: <small>date:</small>
Ergebnis: <small>Result:</small>

Kinderwunsch/Schwangerschaft

desire for children / pregnancy

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

nein ja
no yes

Nach Kinderwunschbehandlung?
after fertility treatment ?

nein ja
no yes

Bestand in einer anderen Partnerschaft bereits unerfüllter Kinderwunsch?
Has an unfulfilled desire to have children already existed in an earlier partnership?

nein ja
no yes

Vorerkrankungen

Pre-existing illnesses

Hatten oder haben Sie folgende urologische/androgische 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

Krampfaden 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.