



DATEN UND ANAMNESEBLATT

TERMINVEREINBARUNG - Tel. +43 (1) 513 06 07 oder office@imi.co.at



Für Patientinnen

Um Sie optimal beraten und betreuen zu können, ersuchen wir Sie um folgende Informationen zu Ihrer Person, sowie Versicherungs- und Kontaktdaten.

Name Vorname Titel

Wohnort, PLZ Straße

Beruf Ihr Frauenarzt

Unter welcher Telefonnummer und E-Mail-Adresse dürfen wir Sie kontaktieren?

Telefon E-Mail:

Fax Nr.

Ihre Daten bzw. Informationen zu Ihrer medizinischen Behandlung dürfen nur mit Ihrem ausdrücklichen Einverständnis per E-Mail an Sie versandt werden. Sind Sie einverstanden, dass wir mit Ihnen auch per E-Mail kommunizieren?

Ja, ich bin einverstanden auch per E-Mail zu kommunizieren

Nein, bitte treten Sie mit mir nur mittels Faxnachricht oder per Briefpost in Kontakt

Kinderwunschmedizin wird von den Krankenversicherungen unterschiedlich vergütet. Mit Ihren Versicherungsdaten helfen Sie uns, Sie über die Abdeckung unserer Leistung zu informieren.

Ihre Sozialversicherung VersichNr GebDat

Zusätzliche Krankenversicherung

Welche Leistungen vergütet meine Zusatzversicherung: Ambulante Leist. (z.B. Wahlarzt)
 Stationäre Leist. (z.B. Krankenhaus)



DATEN UND ANAMNESEBLATT

TERMINVEREINBARUNG - Tel. +43 (1) 513 06 07 oder office@imi.co.at



Informationen zu Ihrer persönlichen und medizinischen Vorgeschichte helfen uns, Sie bestmöglich in Ihrem Wunsch zu unterstützen. Alle Angaben sind selbstverständlich vertraulich und fallen unter die ärztliche Verschwiegenheitspflicht.

- Seit wie vielen Monaten besteht Ihr aktiver Kinderwunsch? Monate

- Größe cm Gewicht kg

- Wie oft haben Sie durchschnittlich Verkehr in einem Monat? Ca. pro Monat

- Rauchen Sie 5 oder mehr Zigaretten pro Tag? nein ja

- Leiden Sie unter einer Allergie oder Unverträglichkeit gegen Medikamente, örtliche Betäubungsmittel oder Latex? nein ja
Wenn ja, welche?

- Gibt es Medikamente, die Sie regelmäßig nehmen (z.B. blutgerinnungshemmende Mittel wie Marcumar oder Aspirin, Hormone oder Pille)? nein ja
Wenn ja, welche?

Falls Sie bereits einmal schwanger waren bzw. geboren haben, bitten wir Sie um Informationen zu diesen Schwangerschaften/Geburten.

Jahr	Geburt	Fehl- geburt	Ab- bruch	Eileiters- chwang- er- schaft	aus aktueller Partner- schaft	durch Kinder- wunsch- behandlung	Kommentare
.....	<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"/>	<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"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Fragen zu Ihrem Zyklus, Ihrer Regelblutung und Ihrer allgemeinen Gesundheit helfen uns Probleme zu finden und uns ein Bild zu machen, wie wir Sie am besten unterstützen können.

- Wann war der erste Tag Ihrer letzten Regelblutung? ... / ... Tag/Mon



DATEN UND ANAMNESEBLATT

TERMINVEREINBARUNG - Tel. +43 (1) 513 06 07 oder office@imi.co.at



- Wie lang ist Ihr Zyklus? (Abstand zwischen 2 Regelblutungen) Von ... bis ... Tagen
- Wie lange dauert Ihre Regelblutung? Von ... bis ... Tagen
- Wie würde Sie Ihre Blutung subjektiv beschreiben? „normal“ „stark“ „schwach“
- Falls Sie eine schmerzhafte Monatsblutung haben, wann treten die Schmerzen auf?

vor der tatsächlichen Blutung ab Beginn der Blutung

- Falls Sie eine schmerzhafte Monatsblutung haben, sind in diesem Zeitraum auch das Harnlassen und der Stuhlgang schmerzhaft? nein ja
- Benötigen Sie wegen Ihrer Regelschmerzen Medikamente bzw. müssen Sie sich körperlich schonen? nein ja
- Waren Sie schon einmal wegen Endometriose in Behandlung? nein ja
- Hatten Sie jemals ein auffälliges Bruströntgen? nein ja
- Hatten Sie jemals einen auffälligen Krebsabstrich? nein ja
- Leiden Sie unter anderen gynäkologischen Erkrankungen? nein ja

Wenn ja, welche?

- Leiden Sie unter Störungen des Stoffwechsels (z.B. Blutzucker) nein ja
- Besteht eine erhöhte Blutungsneigung (z.B. verstärkte Regelblutung, Nachbluten bei kleinen Verletzungen, nach Operationen, bei früheren Geburten)? nein ja
- Besteht eine Infektionserkrankung (z.B. Hepatitis, HIV)? nein ja
- Hatten Sie jemals eine Thrombose oder oder Embolie? nein ja
- Hatten Sie jemals Probleme mit der Schilddrüse? nein ja
- Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen bekannt? falls ja, welche
- Leiden Sie häufig an Scheidenentzündungen? nein ja
- Hatten Sie jemals eine Entzündung Eierstöcke oder Eileiter? nein ja



DATEN UND ANAMNESEBLATT

TERMINVEREINBARUNG - Tel. +43 (1) 513 06 07 oder office@imi.co.at



- Wurden Sie jemals operativ behandelt (Curettag, Kaiserschnitt, etc.) nein ja

Wenn ja: Welche Operationen hatten Sie und wann?

Jahr	Operation

- Sind in Ihrer Familie (bei Mutter, Vater, Geschwistern, Tanten, Onkeln, Nichten, Neffen) folgende Auffälligkeiten bekannt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Totgeburten/Kinder sind früh verstorben
- körperliche und geistige Beeinträchtigungen
- Erberkrankungen (z.B. zystische Fibrose, Muskelerkrankungen)
- Autoimmunerkrankungen
- Brust- oder Eierstockkrebs
- Thrombosen, Schlaganfälle, Lungeninfarkte

Wenn ja, bei wem und welche?

Informationen über vorhergehende Kinderwunschbehandlungen helfen uns die richtigen Untersuchungen und Behandlungsmethoden für Sie zu wählen.

- Wurde die Durchgängigkeit Ihrer Eileiter überprüft? nein ja

Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis? Jahr :

Linker Eileiter: durchgängig verschlossen

Rechter Eileiter: durchgängig verschlossen

- Wurde bei Ihnen schon einmal eine genetische Untersuchung durchgeführt (Erbkrankheiten, Chromosomentest)? nein ja

- Wurden Sie bereits bzgl. Kinderwunsch ärztlich behandelt? nein ja



DATEN UND ANAMNESEBLATT

TERMINVEREINBARUNG - Tel. +43 (1) 513 06 07 oder office@imi.co.at



Wenn ja, welche Behandlungen wurden durchgeführt?

Stimulation mit Tabletten (Clomifen, etc.)

nein

ja



Stimulation mit Spritzen

nein

ja

Inseminationen

nein

ja

IVF/ICSI-Behandlungen

nein

ja

Eventuelle zusätzliche Informationen:

Bitte geben Sie uns noch die Information, wie Sie uns gefunden haben:

- Ärztliche Zuweisung Dr
- Internet
- Persönliche Empfehlung

Danke für Ihr Vertrauen und alle Informationen, die Sie uns gegeben haben. Bitte informieren Sie uns unbedingt kurzfristig, falls sich etwas an Ihrem Gesundheitszustand und/oder Ihrer Medikamenteneinnahme ändert. **Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihr Einverständnis, dass das IMI Team Ihre Befunde online einsehen kann und sich im Bedarfsfall in Ihrem Interesse mit anderen Sie betreuenden Ärzten in Verbindung setzen darf. Sofern sie oben diesem Punkt zugestimmt haben dürfen wir in Ihrem Sinne elektronisch kommunizieren. Dies selbstverständlich unter Einhaltung der ärztlichen Verschwiegenheitspflicht. Wir sind um maximale Datensicherheit bemüht. Für elektronisch versandte Unterlagen können wir allerdings keine Haftung übernehmen. Ihr Einverständnis können Sie natürlich jederzeit ohne Angabe von Gründen zurückziehen.**

.....

Datum & Unterschrift der Patientin