

Anamnese Bauchspiegelung: Kinderwunsch u./o. Schmerzen

E-Mail:

Tel. Nr.:

Regelanamnese: letzte Regelblutung: _____

Regelstärke: stark mittel schwach

Regeldauer: _____ Tage

Zyklus: regelmäßig unregelmäßig

Zyklusdauer: _____ Tage

Zwischenblutungen: nein ja: ____ Tage

Hormoneinnahme: nein ja seit: _____

Schmerzanamnese: Bitte geben Sie durch ankreuzen auf der Schmerzskala die Stärke Ihrer Schmerzen an!

schmerzhafte Regelblutung: nein ja seit: _____

Intensität: (kein Schmerz) 0 -----10 (stärkster Schmerz)

nicht menstruationsabhängige Unterbauchschmerzen: nein ja seit: _____

Intensität: (kein Schmerz) 0 -----10 (stärkster Schmerz)

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr: ja nein immer positionsabhängig

Intensität: (kein Schmerz) 0 -----10 (stärkster Schmerz)

Sexualleben: unbeeinflusst beeinflusst stark beeinflusst

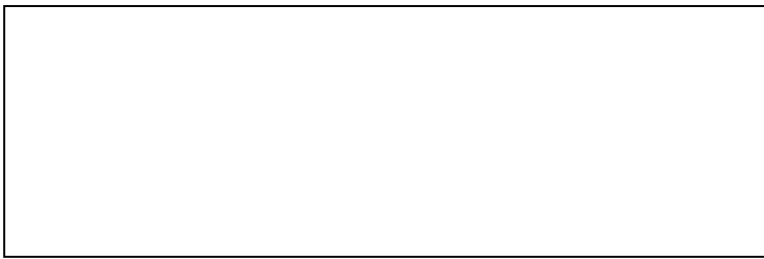
Schmerzen beim Stuhlgang: ja nein regelabhängig regelunabhängig

Schmerzen beim Wasserlassen: ja nein regelabhängig regelunabhängig

andere chronische Schmerzzustände: ja nein

Art der Beschwerden: _____

Freigegeben von:	Dr. Buchweitz	Dr. Keßler
Freigabe am:	01.04.2018	01.04.2018



Lebensqualität:

- nicht beeinträchtigt mäßig beeinträchtigt stark beeinträchtigt

Schwangerschaften:

- Schwangerschaften: nein ja, Anzahl:
Geburten: nein ja, Anzahl:

Aktuell unerfüllter Kinderwunsch?

- ja nein wie lange (Monate) / seit: _____

- Partner zeugungsfähig: ja nein unbekannt

- Wurden Hormonbestimmungen durchgeführt?
 ja nein

- Welche Therapie erfolgte bisher?
 keine
 hormonelle Stimulation
 Insemination
 IVF
 ICSI
 andere: _____

- Schilddrüsenhormone normal?
 ja nein

Unerfüllter Kinderwunsch in der Vorgeschichte?

- ja nein wie lange (Monate) _____

Gynäkologische Voroperationen:

Datum	Bauchspiegelung	anderer Zugang	Diagnose

Medikamente inkl. Hormone und Schmerzmittel:

Medikament (Name)	seit wann	Dosierung

Freigegeben von:	Dr. Buchweitz	Dr. Keßler
Freigabe am:	01.04.2018	01.04.2018

