

Fragebogen Eizellreserve (Social Freezing)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnr.

PLZ/Stadt

Tel. privat

Tel. mobil

E-Mail-Adresse

Beruf

Wer ist Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt?

Wer ist Ihre Gynäkologin / Ihr Gynäkologe?

Zyklus- und Hormonanalyse

Wie alt waren Sie zu Beginn der monatlichen Blutungen?

Wie häufig treten Ihre monatlichen Blutungen aktuell auf?

ca. alle Tage Wochen Monate

Haben Sie die Antibabypille eingenommen?

ja nein

Wenn ja, wann zuletzt? von bis

Haben Sie eines der folgenden Symptome bemerkt?

Zunahme der Körperbehaarung ja nein

Verstärkter Haarausfall ja nein

Akne ja nein

Gynäkologische Anamnese

Waren Sie bereits schwanger? ja nein

Wenn ja, wann? Geburt/Kaiserschnitt/Fehlgeburt?

Letzte Krebsvorsorge (Monat/Jahr)

Letzte Mammographie (Monat/Jahr)

Hatten Sie Unterleibsentzündungen? ja nein

Wenn ja, wann?

Wie wurden Sie behandelt?

Wurden bereits Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt? ja nein

Wenn ja, welche und wann?

Weitere Anamnese

Haben Sie **Vorerkrankungen?** ja nein
 Wenn ja, welche?
 Thrombosen/Lungenembolien ja nein
 Bluthochdruck ja nein
 Hohe Blutfettwerte ja nein
 Herz/Kreislauf ja nein
 Nieren/Leber/Lunge ja nein
 Diabetes ja nein
 Infektionen (z. B. Hepatitis, HIV) ja nein
 Psyche ja nein
 Andere/Bemerkungen:

Hatten Sie bereits **Operationen?** ja nein
 Wenn ja, welche/wann?

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? ja nein
 Wenn ja, welche?

Gewicht:
 Größe:
 BMI:

Haben Sie **Allergien?** ja nein
 Wenn ja, welche?

Rauchen Sie? ja nein
 Wenn ja, wieviel? Zig./Tag

Trinken Sie **Alkohol?** ja nein
 gelegentlich regelmäßig

Nehmen Sie **Drogen?** ja nein
 nie selten
 gelegentlich regelmäßig

Wenn ja, welche Drogen?

Gab/gibt es in Ihrer näheren **Familie**
 Thrombosen/Lungenembolien? ja nein

Bluthochdruck? ja nein

Lebererkrankungen? ja nein

Diabetes? ja nein

Krebserkrankungen? ja nein

Sonstiges