Univ.-Doz. Dr. med.
NICOLAS ZECH

# ALLGEMEIN

## Leitfaden für Einverständniserklärung und Anamnese

| Frau bzw. Partnerin | Mann bzw. Partner |
|---|---|
| Familienname | Familienname |
| Vorname | Vorname |
| Geburtsort, -datum | Geburtsort, -datum |
| Sozialversicherungsnummer | Sozialversicherungsnummer |
| Nationalität | Nationalität |
| Straße | Straße |
| PLZ/Ort | PLZ/Ort |
| Rechnungsadresse | |
| privatversichert bei: | |
| TEL | TEL |
| MAIL | MAIL |
| Beruf | Beruf |

Geschätzte Damen und Herren, liebe Patienten!

Heute ist es für Mediziner genauso notwendig, VOR jeder Behandlung Verträge zu unterzeichnen. Ich habe diesen Vertrag als Leitfaden gestaltet, damit Sie sehen, was Sie erwartet und damit ich mit der Anamnese schnell begreife, wer Sie sind! Unterschreiben Sie diese erste Seite und füllen oben alles möglichst GENAU aus. Für Kinderwunsch-Patienten gibt es einen Teil II., der in der ersten Behandlung mit mir erarbeitet wird. Schauen Sie bitte dafür die YouTube-Videos* zu Hause an. Mit ihrer Unterschrift erklären Sie sich mit meinen Leistungen einverstanden. Transparent informieren wir Sie stets über die entstehenden Kosten! Für jede angefangene Stunde verrechne ich € 180,-. **Bitte jedenfalls diese Seite 1 vor dem Erstgespräch unterschrieben vorlegen oder uns per Mail / Post schicken.**

Ich freue mich auf Ihr Kommen!
Univ.-Doz. Dr. med. Nicolas ZECH

Ort/ Datum: _____

_____ Unterschrift Patient /

Partner bei Kinderwunsch _____

*https://www.youtube.com/playlist?list=PLAqh4UdbrehiYMS5yIkryjCTEWgVRhwvm

EMPFEHLENSWERT – was mir Zeit und ihnen Geld bei mir in der Ordination erspart – wäre es, wenn Sie die folgende Anamnese zu Hause ausfüllen und mir vorab elektronisch oder postalisch zukommen lassen (Dr. ZECH, 4663 Laakirchen, Gmundner Straße 32 / 2. OG). Füllen Sie im Folgenden NUR das aus, was Ihnen wichtig erscheint und sehen Sie das Ausfüllen der Anamnese nicht als Zwang! Gerne können wir auch gemeinsam die Anamnese erstellen.

# ANAMNESE

## STAMMDATEN

Mädchenname _____

Derzeitiger Wohnort _____ Geburtsort _____

Vorherige Wohnorte _____ von _____ bis _____ (Jahr)

Vorherige Wohnorte _____ von _____ bis _____ (Jahr)

Vorherige Wohnorte _____ von _____ bis _____ (Jahr)

Glaubensprofession _____

## Säule der ERNÄHRUNG

Meine Lieblingsspeisen _____

Welche Nahrung mag ich nicht (z.B.: Fisch, Leber, Marzipan)

_____

Nahrungsmittelunverträglichkeiten
o ja o nein

wenn ja, welche? _____

Anzahl der Mahlzeiten pro Tag ____ Mahlzeiten

Essensgewohnheiten: o regelmäßig o unregelmäßig

Portionen Obst wie Apfel, Banane, Beeren, Birnen etc. pro Tag: ____ Portionen (1Portion = 1Hand voll)

Portionen Gemüse wie Karotten, Spinat, Kohl, Broccoli etc. pro Tag: ____ Portionen (1Portion = 1Hand voll)

Trinkmengen pro Tag: ____ Liter

Besondere Ernährungsgewohnheiten oder Diäten? o nein o ja, dann

- o Vegetarisch
- o Vegan
- o Anderes _____
- o Sonstige Diät _____

Ernährungszustand laut Selbsteinschätzung:
o gut o mittel o schlecht

Kennen Sie ZEM.WAY und haben davon schon gehört?
o ja o nein

Haben Sie den Gentest GEN.BASIC gemacht und wissen mehr über den Bauplan ihres Körpers?
o ja o nein

Haben Sie schon vom GEN.BEAUTY gehört, welche aussagt, was für ein Hauttyp Sie sind und wie Sie damit im Alltag umgehen sollen?
o ja o nein

Kennen Sie die Kosmetiklinie von ZEM.WAY?
o ja o nein

Lesen Sie unter www.zemway-magazin.com !

## SPORTANAMNESE - Trainingsgewohnheiten

Wie sehen Sie sich selber?
o Ich betreibe keinen Sport o Freizeitsportler o Leistungssportler

Wenn Leistungssport, dann verbuche ich ca. _____ Trainingsjahre und _____ Wettkampfjahre.

| Welche Sportarten betreiben Sie? (Bitte ankreuzen) | Trainingsstunden pro Woche? | Trainingshäufigkeit pro Woche? | Anzahl der km pro Woche? | Seit wie vielen Jahren? | Training regelmäßig? |
|---|---|---|---|---|---|
| Ausdauersport<br>o Joggen, Walken<br>o Fahrradfahren<br>o Schwimmen<br>o Sonstiges | | | | | o ja<br>o nein |
| Kraftsport<br>o Im Fitnessstudio<br>o Gewichte | | | | | o ja<br>o nein |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| o Sonstiges | | | | | |
| Gesellschaftssport<br>o Fussball oder anderer Ballsport<br>o Schlägersportart (Tennis, Squash, Golf, Badminton)<br>o Sonstiges | | | | | o ja<br>o nein |

Wurde in den letzten 12 Wochen regelmäßig trainiert?
o ja o nein

Haben Sie im Rahmen ihrer sportlichen Betätigung schon einmal leistungssteigernde Medikamente wie Vitamine, Carnitin, Anabolika, Steroide, Epo eingenommen?

o nein o ja, folgende _____

## BRAIN

Ausbildungsstand:

- o Mittelschule abgeschlossen
- o Lehre abgeschlossen: welche _____
- o Hochschul-/ Universitätsstudium: welche _____
- o Andere Ausbildung _____

Wie würden Sie Ihren SEELISCHEN Zustand **im Allgemeinen** beschreiben?
sehr gut (1) o // gut (2) o // mittelmäßig (3) o // schlecht (4) o // sehr schlecht (5) o

Wie würden Sie Ihren **derzeitigen, heutigen** SEELISCHEN Zustand/ ihre Motivation beschreiben?
sehr gut (1) o // gut (2) o // mittelmäßig (3) o // schlecht (4) o // sehr schlecht (5) o

Grund für die heutige Note 2 - 5 _____

Haben Sie seelische Probleme?
o ja o nein

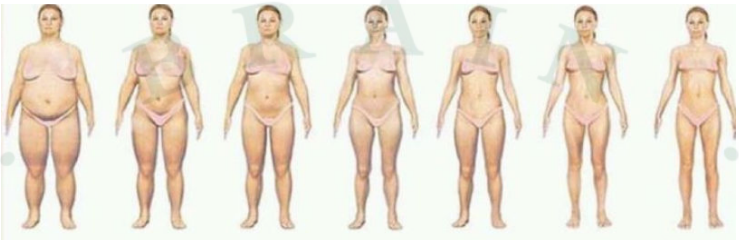
falls ja, aus welchem Grund?

- o aufgrund von Kinderwunsch
- o im Zusammenhang mit Ihrer Partnerschaft
- o aufgrund Ihres Berufes
- o andere Gründe _____

## BODY

Körpergröße: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____

*Körperbau (Kreisen Sie ein!)*



Frühere Gewichtsschwankungen?

o ja o nein

falls ja, aus welchem Grund?

- o aufgrund von Diät
- o Krankheit
- o andere Gründe wie _____

Wie schwer waren Sie früher? Gewicht _____ kg im Alter von _____ Jahren

Gewicht _____ kg im Alter von _____ Jahren

Gewicht _____ kg im Alter von _____ Jahren

Gewicht _____ kg im Alter von _____ Jahren

>> Bitte diese Fragen erstmalig und bei Verlaufskontrollen beantworten <<

Waren Sie während der letzten 3 Monate/seit ihrem letzten Besuch bei uns in Kontakt mit:
Chemikalien, Giftstoffen wie Pestizide, Insektizide, Lacke, Färbemittel, Formaldehyd, Sun-Lotion, ...

o ja o nein, wenn ja: Welche? _____

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten/seit ihrem letzten Besuch bei uns hohes Fieber (>38,5°C)?

o ja o nein

Litten Sie in den letzten 3 Monaten/seit ihrem letzten Besuch bei uns unter Allergien?

o ja o nein, wenn ja: Was und wie stark

_____

Waren Sie in den letzten 3 Monaten/seit ihrem letzten Besuch bei uns in ärztlicher Behandlung?

o ja o nein

wenn Ja: Grund _____ Therapie/Medikament _____

Haben Sie während der letzten 3 Monate geraucht, mehr geraucht oder waren vermehrt passivem Zigarettenrauch ausgesetzt?

o ja o nein

Waren Sie während der letzten 3 Monate/seit ihrem letzten Besuch Röntgenstrahlen ausgesetzt?
o ja o nein

Arbeiteten Sie in den letzten 3 Monaten/seit ihrem letzten Besuch im Schichtbetrieb / Nachtarbeit?
o ja o nein

Hatten Sie in den 3 letzten Monaten/seit ihrem letzten Besuch vermehrt Schlafstörungen?
o ja o nein

Hatten Sie in den 3 letzten Monaten/seit ihrem letzten Besuch als Frau vermehrt Periodenschmerzen?
o ja o nein

Hatten Sie in den 3 letzten Monaten/seit ihrem letzten Besuch vermehrt Unterbauchschmerzen?
o ja o nein

Hatten Sie in den 3 letzten Monaten/seit ihrem letzten Besuch vermehrt Verdauungsprobleme?
o ja o nein

Nahmen Sie in den 3 letzten Monaten/seit ihrem letzten Besuch Schmerzmittel ein?
o ja o nein

wenn ja: Welche und wie oft pro Tag oder Woche: _____

Haben Sie in den letzten 3 Monaten/seit ihrem letzten Besuch regelmäßig Sport betrieben?
o ja o nein,

wenn ja: Was und wie viele Stunden wöchentlich _____

Haben Sie in den letzten 3 Monaten/seit ihrem letzten Besuch spezielle Diäten (auch vegetarische) gemacht?

o ja o nein, wenn ja: Welche _____

Wie viel Flüssigkeit pro Tag nehmen Sie durchschnittlich zu sich?
o 1 Liter o 2 Liter o 3 Liter o > 3 Liter

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie durchschnittlich täglich zu sich?
o 1 o 2 o 3 o >3 regelmäßige Mahlzeiten

Wie viele Portionen Obst/Gemüse nehmen Sie täglich im Durchschnitt zu sich?
o 1 o 2 o 3 o > 3 regelmäßige Portionen

Wie oft pro Woche essen Sie regelmäßig Fleisch?
o 1 o 2 o 3 o 4 o > 4 regelmäßige Fleisch-Hauptgerichte

Wie oft pro Woche essen Sie regelmäßig Fisch?
o 1 o 2 o 3 o 4 o > 4 regelmäßige Fisch-Hauptgerichte

Nehmen Sie mehr als dreimal pro Woche Softdrinks wie Fruchtsäfte (Rauch, Pfanner, Pago), Coca Cola, Fanta, Almdudler, Frucade, Capi, Eistee etc. zu sich?
o nein o ja: zuckerhaltig o ja: mit Süßstoff oder ohne Zucker (bsp. Cola Zero, ...)

Univ.-Doz. Dr. med.
NICOLAS ZECH

Nehmen Sie regelmäßig Vitaminpräparate zu sich?
o ja o nein, wenn ja, welche _____

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten/seit ihrem letzten Besuch eine starke psychische Belastung durch akute Ereignisse (Unfall, Trauerfall, Pflegefall, Krankheitsfall in der Familie...)?
o ja o nein

Fühlten Sie sich in den letzten 3 Monaten/ seit ihrem letzten Besuch vermehrt gestresst?
o ja o nein, wenn ja: Mit welcher Zahl werten Sie Ihren Stress in einer Skala von 1 (=kein Stress) bis 10 (=maximal): _____

Leidet jemand in ihrer Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) an folgenden Krankheiten?
o Allergien o Bluthochdruck o Herzinfarkt o Schlaganfall
o Stoffwechselerkrankung o Zuckerkrankheit o Sonstiges _____

Gibt es in ihre Familie erblich bedingte Erkrankungen?
o nein
o ja, folgende _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Gibt es ihrer Familie oder des Partners angeborene Fehlbildungen der Organe?
o nein o Herz o Niere o Lippen-Gaumenspalten o Fußfehlstellungen
o Andere wie _____

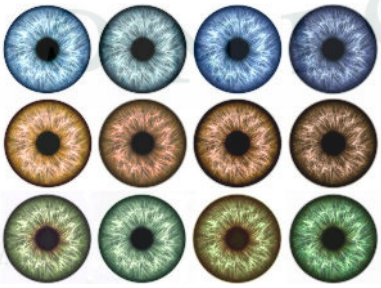
Kommentare zu Eltern, Großeltern, Geschwister, die Ihnen wichtig erscheinen:

_____

_____

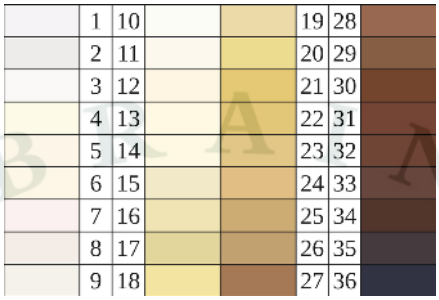
_____

KENNZEICHNE durch Einkreisen oder Ankreuzen:
Augenfarbe:

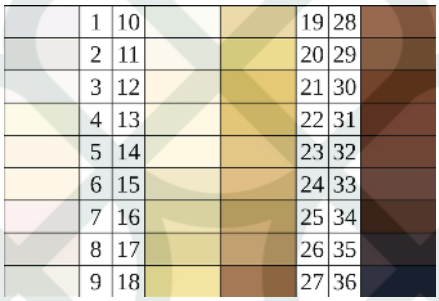


Hauttyp:

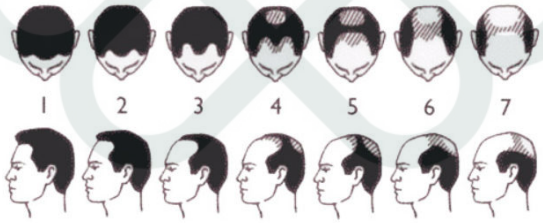
Natürliche Haarfarbe als Kind (3.-8. Lebensjahr)



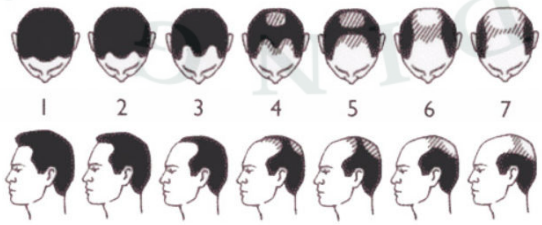

Natürliche Haarfarbe als Erwachsener (ab 18. Lebensjahr)




Natürliche Haarform als Kind (3.-8. Lebensjahr)




Natürliche Haarform ab 18. Lebensjahr




Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand **im Allgemeinen** beschreiben?
sehr gut (1) o // gut (2) o // mittelmäßig (3) o // schlecht (4) o // sehr schlecht (5) o

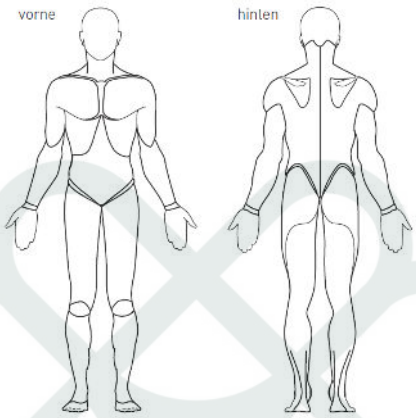
Wie würden Sie Ihren **derzeitigen, heutigen** Gesundheitszustand beschreiben?
sehr gut (1) o // gut (2) o // mittelmäßig (3) o // schlecht (4) o // sehr schlecht (5) o

Grund für Note 2-5 _____

Wenn Sie Schmerzen haben oder hatten, was ist/war die Ursache?
o Verletzung o weiß nicht o Operation o andere, nämlich

_____

Bitte kreisen Sie die Bereiche ein an denen Sie Schmerzen haben oder hatten




Wurden Allergien (z.B. gegen Pflaster, Latex, Medikamente, Nahrungsmittel) beobachtet?

o ja o nein

wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie?
o ja o nein

wenn ja, viele Zigaretten rauchen Sie pro Tag? _____ Stück

Trinken Sie täglich Alkohol?
o ja o nein

wenn ja, was und wieviel an Alkohol trinken Sie pro Tag in Liter? _____

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein?
o ja o nein

wenn ja, welche Medikamente und in welcher Dosierung?

_____

Wurden Sie operiert?
o ja o nein

wenn ja, welche Operation? _____

In welchem Jahr? _____

Hatten Sie in ihrem Leben Verletzungen mit Trauma?
o ja o nein

wenn ja, welche Verletzungen? _____

In welchem Jahr? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente wie Schmerztabletten, Herztabletten oder blutgerinnungs-hemmende Mittel, Blutdruckmittel, Diabetesmedikamente ein?
o ja o nein

wenn ja, welche? _____

Sind Störungen des Stoffwechsels wie Zuckerkrankheit oder Störungen wichtiger Organe wie Herz, Nieren, Leber, Lungen, Schilddrüse, Nervensystem, Kreislauf bekannt?
o ja o nein

wenn ja, welche? _____

Leiden Sie an einer Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis A/B/C oder HIV/AIDS)?
o ja o nein

wenn ja, welche? _____

Kam es bei Wunden zu Eiterungen, verzögerter Heilung, Abszessen, Fisteln, oder starke Narben?
o ja o nein

wenn ja, welche? _____

Kam es zur Bildung von Blutgerinnseln (Thrombosen, Embolien)?
o ja o nein

wenn ja, welche? _____

**Als Frau**

Nehmen Sie eine Pille/ Antikonzeption/ Verhütungsmittel?

o ja o nein o früher: vom Jahr _____ bis _____

Wenn ja, welche und in welcher Dosierung? _____

Wie war der Abstand zwischen Ihren monatlichen Blutungen ohne Einnahme von Medikamenten?

zwischen _____ und _____ Tagen.

A) Wie viele Tage bluten Sie durchschnittlich? _____ Tage

B) Blutungsstärke ist o stark o mittel o schwach

Erster Tag Ihrer letzten Periodenblutung ist der _____

(Sollten Sie dies nicht mehr genau wissen, geben Sie bitte den Monat an!)

Wurde jemals eine der folgenden Diagnosen bei Ihnen gestellt (wenn ja, bitte ankreuzen)?
o PCO-Syndrom o Endometriose o Hashimoto/ Basedow

Waren Sie schon einmal schwanger?
o ja o nein

wenn ja, dann legen Sie wenn möglich bei:

a) Geburten:

die Geburtsurkunde als auch – wenn möglich – die Erstuntersuchung des Säuglings.

b) Fehlgeburten:

1. (Jahr) _____ im wievielten Monat? _____

2. (Jahr) _____ im wievielten Monat? _____

3. (Jahr) _____ im wievielten Monat? _____

c) Schwangerschaftsunterbrechungen:

1. (Jahr) _____ 2.(Jahr) _____ 3. (Jahr) _____

**Bei bestehendem Kinderwunsch**

Seit wie vielen Jahren besteht Ihr Kinderwunsch? Seit _____ Jahren

Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bzw. der Kinderlosigkeit bereits in ärztlicher Behandlung?

Wenn ja, welche Abklärungen wurden bereits durchgeführt?

_____

_____

_____

Welche möglichen Behandlungen wurden dabei bereits durchgeführt?

_____

_____

_____

_____

In welchem Zeitraum gehen Sie zum praktischen Arzt? _____ Mal pro Jahr.

In welchem Zeitraum gehen Sie zum Frauenarzt? _____ Mal pro Jahr.

Wurden bei Ihnen Bauch- oder Unterleibsoperationen durchgeführt? Wenn ja, wann (Jahr) und welche Operationen?

_____

_____

Wurden bei ihnen als Frau die Eileiter auf Durchgängigkeit überprüft?

o ja o nein Wenn ja: o Eileiter offen o Eileiter defekt Jahr: _____

Kam es bei Operationen oder Verletzungen (z.B. Zahnbehandlung) zu verstärkter Blutung/zu verstärkten Blutverlusten?

o ja o nein

Waren Übertragungen von Blut oder Blutbestandteilen erforderlich?

o ja o nein

Hatten Sie als Frau schon Röteln?

o ja o nein o Weiß nicht

Sind Sie als Frau gegen Röteln geimpft?

o ja o nein o Weiß nicht

Falls Rötelnimpfung gemacht: wurde die Impfung kontrolliert?

o ja o nein o Weiß nicht

Welche Fragen beschäftigen Sie mit einer geplanten IVF-Behandlung?

_____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine lokale Betäubung (Lokalanästhesie) oder Sedierung (Dämmerschlaf) vorgenommen (z.B. Zahnarzt)? Wenn ja, wann _____

Hat sich Ihr Sexualleben durch einen möglichen Kinderwunsch verändert?

o ja o nein

wenn ja, inwiefern?

o Das Lustempfinden hat abgenommen

o Die Orgasmen wurden weniger

o Anderes: _____

## BONDING

Derzeitiger Beziehungsstatus:

o Heterosexuelle o Homosexuelle o Andere _____

o Single seit _____

o Beziehung seit _____

o Getrennt seit _____

o Verheiratet seit _____ o Geschieden seit _____

Sind Sie Mitglied in einem oder mehrerer Vereine? Nennen Sie die Wichtigsten:

_____

Sind Sie ehrenamtlich tätig? Füllen Sie eine Funktion ehrenamtlich aus?

_____

Sie leben in einer
o Wohngemeinschaft o Single-Wohnung o Wohnung mit Familie o Haus
o Wohnheim o Generationenhaus wie Bauernhof, etc.

Sie sind aufgewachsen o allein (Single) o Geschwister, wie viele _____

Sind Sie noch ständig in Kontakt mit ihrem Kindergarten- oder Volksschulfreund / -freundin?
o ja o nein

Laden Sie gerne regelmäßig Gäste zu sich nach Hause ein und bewirten sie?
o ja o nein

Gehen Sie regelmäßig, sprich monatlich, in Konzerte, ins Theater, ins Kino oder in die Oper?
o ja o nein

Fahren Sie regelmäßig in Urlaub (mindestens dreimal pro Jahr)?
o ja o nein

Treffen Sie gerne fremde Leute und fremde Kulturen?
o ja o nein

Bezeichnen Sie sich als ‚Familienmensch'?
o ja o nein

## BUSINESS

Mein Beruf (es geht wirklich um den Beruf!)

o Selbstständig als _____

o Angestellt bei _____als_____

o Pension seit _____

o Andere _____

Frühere Beruf(e)
von _____ bis _____ bei _____als_____

von _____ bis _____ bei _____als_____

von _____ bis _____ bei _____als_____

von _____ bis _____ bei _____als_____

Wie sehr stresst mich mein Beruf / fühle ich mich derzeit beruflich gestresst _____
(Skala von 1 – 10: 1=gar nicht; 10=massiv)

Welche Ausbildung habe ich genossen?

_____

_____

_____

_____

Bin ich mit meinem Beruf glücklich?
o ja o nein

Gehe ich mehrheitlich mit einem Lachen nach der Arbeit nach Hause?
o ja o nein

Wenn ich als Elternteil und Zuhause bin: Fühle ich mich in der Rolle der Mutter / des Vaters wohl?
o ja o nein

Habe ich mich mit meiner Tätigkeit und meiner Arbeit auch abgesichert (Lebensunterhalt, Versicherungen, Sparen)?
o ja o nein
wenn Nein, was fehlt mir _____

Haben Sie finanzielle Druck oder finanzielle Sorgen?
o ja o nein

Wenn ja, wie groß ist ihr finanzieller Druck (Skala 1- 10 (1=gering; 10=massiv) _____

Raubt ihnen die Sorge um das Geld ihren Schlaf? Haben Sie schlaflose Nächte wegen dem Geld?
o Ja o Nein

Wenn Sie im Lotto gewinnen und mehr als eine Million Euro gewinnen – was tun Sie als Erstes?

_____

Wie könnten Sie ihr Arbeitsumfeld beschreiben:

| # | Mitarbeiter mei-ner Abteilung … | Stimme überhaupt nicht zu | Stimme eher nicht zu | Neutral | Stimme eher zu | Stimme voll zu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | … mögen ihre Arbeit | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 |
| 2 | …haben nicht genug Umsetzungsstärke | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 |
| 3 | …fühlen sich in ihrem Job entspannt | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 |
| 4 | …haben ein aggressives Vorgehen | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 5 | …fühlen sich sehr motiviert | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 |
| 6 | …haben keinen Wunsch zur Verwirklichung | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 |
| 7 | …spekulieren oft über die Absichten des Managements | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 |
| 8 | …identifizieren sich mit dem „Schicksal" des Unternehmens | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 |
| 9 | …haben eine effiziente Herangehensweise | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 |
| 10 | …haben oft ein destruktives Verhalten | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 |
| 11 | …gehen/denken über ihren definierten Aufgabenbereich hinaus | 0 | 25 | 50 | 75 | 100 |

Wir danken Ihnen herzlichst für diese ausführliche Anamnese. Univ.-Doz. Dr. med. Nicolas Zech bestätigt ausdrücklich, dass all ihre Daten und Antworten streng vertraulich behandelt werden und nach für unsere Ordination die strengen Richtlinien des Datenschutzes im Rahmen des Österreichischen Ärztegesetzes ihre Gültigkeit haben und wir daneben unsere eigenen ethischen Grundregeln für das Verständnis von Patient und Arzt etabliert haben.

Ort / Datum: _____

Unterschrift Patient _____