



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

Anamnesebogen: Einfluss der Expression von Kandidatengenenen der Follikelreifung und ovariellen Reserve bei Patientinnen mit POF/POI

Bitte diesen Begleitzettel mit Blutproben (1 Serumröhrchen, 2 EDTA-Röhrchen) mitschicken, oder an die Sektion für Reproduktionsgenetik faxen!! **Bitte außerdem im Rahmen der Diagnostik, falls noch nicht erfolgt über das Humangenetische Institut *FMR1*-Prämuationstestung und Karyogramm erstellen lassen!!**

Abt. Gyn. Endokrinologie & Fertilitätsstörungen
Direktor: Prof. Dr. Dr. T. Strowitzki
Im Neuenheimer Feld 440
69120 Heidelberg

Sektion für Reproduktionsgenetik
Sektionsleiter: Prof. Dr. Peter H. Vogt,
Studienleitung: Dr. Julia Rehnitz
06221/56 36068 Sekretariat
Tel: 06221/56 7914 Labor
Fax: 06221/56 33710

Patient
Name:
Vorname:
Adresse:
Geburtsdatum:

Absender
Arzt:
Adresse:
Telefon:

Größe:
Gewicht:

Datum:

Eigenanamnese

1. Welche Zyklusstörung liegt vor? Primäre Sekundäre Amenorrhoe
2. Datum der letzten spontanen Regelblutung:
3. Alter bei Menarche:
4. Haben Schwangerschaften bestanden? nein ja , wann, wie viele?
G: P: Aborte:
5. Sind weitere gynäkologische Erkrankungen bekannt: nein ja , welche?
6. Ist eine Autoimmunkrankheit bekannt? nein ja , welche?
7. Kinder- und Infektionskrankheiten: nein ja , welche?
8. Sind genetische Auffälligkeiten bekannt: nein ja , welche?
9. Besteht eine Galaktosämie, oder ist eine syndromale Erkrankung bekannt? nein ja
10. Besteht oder bestand ein Tumorleiden? nein ja , welches, wann war die Erstdiagnose?
11. Erfolgte eine Bestrahlung u./o. Chemotherapie? nein ja , wann, wie lange?
12. Operationen? nein ja , welche?
13. Wurde eine Hormonbehandlung durchgeführt? nein ja , welche, mit welchem Ergebnis?



14. Derzeitige Medikamenteneinnahme: nein ja , welche?

15. Nikotin: nein ja Z.n. PY ____

16. Alkohol: nein gelegentlich mehr , wie viel? ____

Familienanamnese

1. Ist POF in der Familie bekannt? nein ja , bei wem in welchem Alter eingetreten?

2. Sind Autoimmunkrankheiten in der Familie bekannt? nein ja , welche?

3. Sonstige Erkrankungen in der Familie: nein ja , welche?

Untersuchungsbefunde

1. Gynäkologischer Befund: unauffällig auffällig , was?

2. BPES (Blepharophimosis, Ptosis und Epicanthus inversus Syndrom) Phänotyp? nein ja
(Enge Lidspalte, hängendes Oberlid, Hautfalte vom Unterlid ausgehend zur Nase hin nach oben verstreichend)

3. Sonstige somatische Auffälligkeiten: nein ja , welche?

4. Sonographie kleines Becken: nein ja , wenn ja, bitte Sonobogen ausfüllen !

5. Laparoskopie: nein ja Befund:

Hormonwerte

(bitte vermerken, wenn Werte unter Hormontherapie abgenommen wurde und die Art der Therapie beschreiben)

FSH [U/l]: 1. Wert: Datum:

2. Wert: Datum:

LH [U/l]: 1. Wert: Datum:

2. Wert: Datum:

Oestradiol [pg/ml]: Wert: Datum:

AMH[ng/ml]: Wert: Datum:

Auto-Immunantikörper (ANA, Anti-Thyreoglobulin, TPO-Antik.)

negativ positiv , wenn ja welche? Titerhöhe?

ANA: Anti-Thyreoglobulin:

TPO-Antikörper:

Zytogenetische humangenetische Diagnostik

Karyotyp:

FMR1-Testung:

(Befunde bitte beifügen)

WICHTIG!: Bitte tragen Sie ALLE bekannten Ergebnisse ein UND legen die Befunde wenn möglich in Kopie bei. Die molekulare POF-Gen-Untersuchung ist kostenlos; Die **Chromosomendiagnostik und *FMR1*-Bestimmung** ist dafür jedoch Voraussetzung; falls nicht vorhanden, bitte separate Blutproben mit Überweisungsschein an das humangenetische Institut schicken.

Unterschrift des Arztes



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

Sonographiebogen für POF-Patientinnen

Bitte diesen Begleitzettel mitschicken, oder an die Sektion für Reproduktionsgenetik faxen!

Abt. Gyn. Endokrinologie & Fertilitätsstörungen
Direktor: Prof. Dr. Dr. T. Strowitzki
Im Neuenheimer Feld 440
69120 Heidelberg

Sektion für Reproduktionsgenetik
Sektionsleiter: Prof. Dr. Peter H. Vogt,
Studienleitung: Dr. Julia Rehnitz
06221/56 36068 Sekretariat
Tel: 06221/56 7914 Labor
Fax: 06221/56 33710

Patient
Name:
Vorname:
Adresse:
Geburtsdatum:

Absender
Arzt:
Adresse:
Telefon:

Größe:
Gewicht:

Datum:

Sonographiebefund

1. Uterus: Größe: _____
Schleimhautdicke: _____

2. Ovar:
Größe: rechts: _____
Follikel: rechts: nein ja , wenn ja, bitte ausfüllen

links: _____
links: nein ja , wenn ja, bitte ausfüllen:

Größe:	Anzahl:
< 10 mm	_____
10-12 mm	_____
12-14 mm	_____
14-16 mm	_____
16-18 mm	_____
18-20 mm	_____

Größe:	Anzahl:
< 10 mm	_____
10-12 mm	_____
12-14 mm	_____
14-16 mm	_____
16-18 mm	_____
18-20 mm	_____

Unterschrift des Arztes