

PATIENTENFRAGEBOGEN

PATIENTIN:

Vorname:	Geburtsdatum:
Nachname:	Wohnsitz:
Nationalität:	Adresse:
Mobiltelefon:	Personenstand:
E-Mail:	Beruf:

PARTNER (falls zutreffend):

Vorname:	Geburtsdatum:
Nachname:	Wohnsitz:
Nationalität:	Adresse:
Mobiltelefon:	Personenstand:
E-Mail:	Beruf:

Wie haben Sie von uns erfahren?

Überweisender Arzt:
Freunde:
Internet:
Soziale Medien:
Andere:
Referenz-Gynäkologe:

Warum Sie uns kontaktieren möchten:

Bewertung der Fruchtbarkeit
Kinderwunschbehandlung (OI, IUI, IVF, PGD)
Einfrieren von Eizellen
Eizellspende

Wie lange versuchen Sie schon, schwanger zu werden?
Vorgesehener Zeitraum für die Durchführung der Behandlung:

PATIENTIN ANAMNESE:

Anamnese des Menstruationszyklus:

1. Periode:	Periodendauer:
Regelmäßige Zyklen?	Schmerzhafte Perioden?
Dauer der Zyklen:	Datum letzten Periode:

Geburtshilfliche Vorgeschichte:

	Gesamtzahl	Wann?	Bemerkungen
Abtreibungen			
Fehlgeburten			
Geburten			
Kinder			

Frühere Kinderwunschbehandlungen (Gesamtzahl, Wann?, Bemerkungen):

Insemination:
IVF:
Eizellspende:
Sonstiges:

Krankengeschichte (Wann?, Bemerkungen):

Krankheiten:
Operationen:
Gynäkologischen Problemen:

Familiengeschichte (welcher Verwandte, welche Krankheit):

--

Medikamente, Allergien:

Arzneimittelallergien:
Regelmäßige Medikamente (Name/Dosis):

Rauchen (nein/ wenn ja, ? Zigaretten/Tag):

--

E-Zigaretten (nein/ja):

--

Alkohol (nein/ wenn ja, ? Einheiten/Tag):

--

Drogen (nein/ja):

--

Physische Merkmale:

Gewicht:		Haartextur:	
Höhe:		Blutgruppe:	
Augenfarbe:		Ethnische Zugehörigkeit:	
Hautfarbe:		Beobachtungen:	
Haarfarbe:			

PARTNER ANAMNESE (falls zutreffend):

Schwangerschaften/Geburten mit dem derzeitigen Partner (wie viele, wann?, Bemerkungen):

--

Schwangerschaften/Geburten mit früherem Partner (wie viele, wann?, Bemerkungen):

--

Krankengeschichte (Wann?, Bemerkungen):

Krankheiten:
Operationen:

Familiengeschichte (welcher Verwandte, welche Krankheit):

--

Medikamente, Allergien:

Arzneimittelallergien:
Regelmäßige Medikamente (Name/Dosis):

Rauchen (nein/ wenn ja, ? Zigaretten/Tag):

--

E-Zigaretten (nein/ja):

--

Alkohol (nein/ wenn ja, ? Einheiten/Tag):

--

Drogen (nein/ja):

--

Physische Merkmale:

Gewicht:		Haartextur:	
Höhe:		Blutgruppe:	
Augenfarbe:		Ethnische Zugehörigkeit:	
Hautfarbe:		Beobachtungen:	
Haarfarbe:			