

BETEGKÉRDŐÍV

NŐI PÁCIENS:

Keresztnév:	Születési dátum:
Vezetéknév:	Lakóhely:
Állampolgárság:	Lakcím:
Mobiltelefon:	Családi állapot:
E-mail:	Foglalkozás:

PARTNER (adott esetben):

Keresztnév:	Születési dátum:
Vezetéknév:	Lakóhely:
Állampolgárság:	Lakcím:
Mobiltelefon:	Családi állapot:
E-mail:	Foglalkozás:

Hogyan hallott rólunk?

Beutaló orvos:
Barátok:
Internet:
Közösségi média:
Egyéb:
Saját nőgyógyász:

Miért szeretne kapcsolatba lépni velünk:

Meddőségi kivizsgálás:
Meddőségi kezelések (OI, IUI, IVF, PGT):
Petesejtfagyasztás:
Petesejtadományozás:
Mióta próbálsz teherbe esni:
A kezelés tervezett időpontja:

NŐI PÁCIENS KÖRELŐZMÉNYE:

Menstruációs ciklus:

Első menstruáció:	Menstruáció hossza:
Rendszeres ciklusok?	Fájdalmas menstruáció?
A ciklusok hossza:	Utolsó vérzés dátuma:

Szülészeti anamnézis:

	Mennyi?	Mikor?	Megjegyzések
Terhességmegszakítások			
Vetélések			
Szülések			
Gyermekek			

Korábbi termékenységi kezelés (mennyi?, mikor?, megjegyzések):

Inszemináció:
IVF:
Petesejtadományozás:
Egyéb:

Orvosi kórtörténet (mikor?, megjegyzések):

Betegségek:
Műtétek:
Nőgyógyászati problémák:

Családi anamnézis (melyik rokon, milyen betegség):

--

Gyógyszerek, allergiák:

Gyógyszerallergiák:
Rendszeresen szedett gyógyszerek (név / dózis):

Dohányzás (nem/ha igen, hány cigaretta?/nap):

--

E-cigaretta (nem/igen):

--

Alkohol (nem/ha igen, hány egység?/nap):

--

Drogok (nem/igen):

--

Fizikai jellemzők:

Testsúly:		Haj szerkezete:	
Magasság:		Vércsoport:	
Szemszín:		Származás:	
Bőrszín:		Megjegyzések:	
Hajszín:			

PARTNER KÖRELŐZMÉNYE (adott esetben):

Terhességek/születések a jelenlegi partnerrel (hány?, mikor?, megjegyzések):

--

Terhességek/születések az előző partnerrel (hány?, mikor?, megjegyzések):

--

Orvosi kórtörténet (mikor?, megjegyzések):

Betegségek:
Műtétek:

Családi anamnézis (melyik rokon, milyen betegség):

--

Gyógyszerek, allergiák:

Gyógyszerallergiák:
Rendszeresen szedett gyógyszerek (név/dózis):

Dohányzás (nem/ha igen, hány cigaretta?/nap):

--

E-cigaretta (nem/igen):

--

Alkohol (nem/ha igen, hány egység?/nap):

--

Drogok (nem/igen):

--

Fizikai jellemzők:

Testsúly:		Haj szerkezete:	
Magasság:		Vércsoport:	
Szemszín:		Származás:	
Bőrszín:		Megjegyzések:	
Hajszín:			