



Frauengesundheit · Reproduktionsmedizin

Operative Gynäkologie

Vers. 2 v. 12.06.2018, 1.08

Patientenfragebogen

Patientendaten:

Name, Vorname Frau:

Name, Vorname Mann:

Sehr geehrtes Patientenpaar,

Sie sind wegen unerfüllten Kinderwunsches in unsere Praxis gekommen. Damit wir für Sie die richtige Therapie in Ihrer individuellen Situation optimal auswählen können, benötigen wir einige Informationen, die in Zusammenhang mit dem Kinderwunsch stehen.

Wir bitten Sie daher, den folgenden Fragebogen möglichst exakt und vollständig auszufüllen. Sollten Ihnen einzelne Punkte unklar sein, können wir diese sicherlich in dem folgenden persönlichen Gespräch klären.

Seit wann wünschen Sie sich ein gemeinsames Kind?

Sind Sie miteinander verheiratet? ja nein

Seit wann besteht Ihre Lebenspartnerschaft? (Jahre)

Sind bereits Kinderwunschbehandlungen erfolgt?

ja nein

Wenn ja, welche ?

Wo ?

Gab es Komplikationen/Unverträglichkeiten?



Diese Seite betrifft die Frau

Wann war Ihre letzte Periode?

Wie lang ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der darauffolgenden Blutung (Zyklusdauer)?

O zwischenund Tagen

Haben Sie Zwischenblutungen? O ja O nein

Haben Sie Schmerzen während der Periode?

O nein O leicht O mittel O stark

Haben Sie sich sterilisieren lassen? O ja, wann O nein

Waren Sie bereits schwanger? O ja O nein

Wenn ja, bitten wir Sie um genaue Angaben über Zeitpunkt der Schwangerschaft(en), Ausgang der Schwangerschaft(en), Komplikationen und ob diese mit dem jetzigen Partner entstanden sind.

.....

.....

.....

Wurden schon Operationen im Bauchraum oder Unterleib durchgeführt?

O nein

O ja, welche und wann (Jahr)

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? (Jahr)



Frauengesundheit · Reproduktionsmedizin

Operative Gynäkologie

Besteht aktuell eine Erkrankung? nein ja, welche

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein ja, welche.....

Haben Sie eine Allergie? nein ja, welche

Rauchen sie? nein ja, wie viel (Anzahl/Tag)

Gibt es in der Familie Erbkrankheiten oder ungewollte Kinderlosigkeit?

nein ja, welche

Ihr Beruf

Unterschrift der Patientin: _____

Schweigepflichtentbindung

- Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Weiterleitung von Befunden, Arztbriefen und Probenmaterial an die in meinem Fall beteiligten Ärzte, Krankenhäuser, Labore sowie Anästhesie per Post oder Kurier, ggf. auch mittels Fax, einverstanden bin.
- Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Weiterleitung oder Befundausgabe an meinen Partner, auch ohne meine Anwesenheit, einverstanden bin.

(Entsprechendes bitte ankreuzen oder bei Ablehnung Text durchstreichen. Die obengenannte Schweigepflichtentbindung erleichtert die Zusammenarbeit.)

Unterschrift der Frau: _____ **Datum:** _____

Schweigepflichtentbindung

- Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Weiterleitung von Befunden, Arztbriefen und Probenmaterial an die in meinem Fall beteiligten Ärzte, Krankenhäuser und Labore per Post oder Kurier, ggf. auch mittels Fax, einverstanden bin.
- Hiermit bestätige ich, dass ich mit der Weiterleitung oder Befundausgabe an meinen Partner, auch ohne meine Anwesenheit, einverstanden bin.

(Entsprechendes bitte ankreuzen oder bei Ablehnung Text durchstreichen. Die obengenannte Schweigepflichtentbindung erleichtert die Zusammenarbeit.)

Unterschrift des Mannes: _____ **Datum:** _____



Patientenfragebogen Ernährung der Frau

Dieser Fragebogen kann uns wertvolle Informationen für die Therapie geben. Bitte nehmen Sie sich die Zeit und füllen ihn exakt und ehrlich aus.

Wie ernähren Sie sich im Allgemeinen:

- Mischkost
- vegetarisch
- vegan
- sonstiges (bitte erläutern)

Beschreiben Sie kurz was Sie an zwei typischen Tagen essen:

.....
.....
.....

Essen Sie gerne Brot? ja nein

Essen Sie gerne Nudeln? ja nein

Treten bei Ihnen folgende Symptome auf? Zutreffendes bitte ankreuzen!

- Häufig Bauchschmerzen, Blähungen, Übelkeit
- Häufig Durchfall. Möglicherweise abwechselnd mit Verstopfungsphasen
- Der Stuhlgang ist fettig, lässt sich schwer abspülen
- Wurde eine Eisenmangel oder Mangel an anderen Mineralien festgestellt, wenn ja, welche
- Vertragen Sie keine Milch (Laktose)
- Wie häufig haben Sie gravierende und langandauernde Infekte
 selten häufig
- Fühlen Sie sich häufig müde, abgeschlagen und antriebslos obwohl Sie ausreichend schlafen
- Haben Sie bei gleicher Essmenge abgenommen
- Wie ist Ihre Grundstimmung fröhlich deprimiert/melancholisch wechselnd
- Treten bei Ihnen Knochen- oder Gelenkschmerzen auf oder ist eine Osteoporose festgestellt worden



Diese Seite betrifft nur den Mann:

Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

O ja, mit jetziger Partnerin Wann? (Jahr)
Nach Kinderwunschbehandlung? O ja O nein

O ja, mit einer anderen Partnerin Wann? (Jahr)
Nach Kinderwunschbehandlung? O ja O nein

Ist bei Ihnen von einem Andrologen oder Urologen eine Voruntersuchung durchgeführt worden?

O ja Wann? O nein

Falls ja: Sind folgende Erkrankungen festgestellt worden?

Bitte Zutreffendes unterstreichen: Hodentumor, Krampfader am Hoden, Fehlbildung der Samenleiter.

Wurde bei dieser Untersuchung ein Spermogramm durchgeführt? O nein O ja

Haben Sie Erektionsstörungen? O ja O nein

Haben Sie sich sterilisieren lassen? O ja O nein

Falls ja: wurde später eine Refertilisierung durchgeführt? O ja, wann O nein

Hatten Sie als Kind eine der folgenden Erkrankungen?

Hodenhochstand, Hodenverletzung, Mumps, Stieldrehung der Hoden oder Entzündung der Hoden.

Falls ja, bitte zutreffende Erkrankung unterstreichen.

Besteht aktuell eine Erkrankung? O nein O ja, welche

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O nein O ja, welche

Haben Sie eine Allergie? O nein O ja, welche

Rauchen Sie? O nein O ja, wie viel (Anzahl/Tag)

Gibt es in der Familie Erbkrankheiten oder ungewollte Kinderlosigkeit? O nein

O ja, welche.....

Beruf:.....

Unterschrift des Patienten: _____