

Patientenfragebogen

Name, Vorname Patientin:

e-mail: T Telefon:.....

Name, Vorname Partnerin:

e-mail: Telefon:.....

Sehr geehrtes Patientenpaar,
wir bitten Sie daher, den folgenden Fragebogen möglichst exakt und vollständig auszufüllen..

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, die sich in Behandlung begeben möchte:

Wie lange ist ihr Zyklus zwischenund Tagen /

Haben Sie Zwischenblutungen? ja nein

Haben Sie Schmerzen während der Periode? nein leicht mittel stark

Haben Sie sich sterilisieren lassen? ja, wann nein

Waren Sie bereits schwanger? ja 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?

nein

ja, welche und wann (Jahr)

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? (Jahr)

Wie ernähren Sie sich im Allgemeinen:

Mischkost

vegetarisch

vegan

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 Patientin: _____ 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 der Partnerin: _____ Datum: _____