

Patientenfragebogen

Name, Vorname Frau:

e-mail:

Telefon:.....

Name, Vorname Mann:

e-mail:

Telefon:.....

Sehr geehrtes Patientenpaar,

wir bitten sie den folgenden Fragebogen möglichst exakt und vollständig auszufüllen.

Seit wann wünschen Sie sich ein gemeinsames Kind/haben sie ungeschützten Geschlechtsverkehr?

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?

Dieser Abschnitt betrifft die Frau:

Größe: Gewicht:

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

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)

Ihr Beruf

Unterschrift der Patientin: _____

Dieser Abschnitt betrifft den Mann:

Haben Sie eine Schwangerschaft mit einer anderen Partnerin erzielt?

ja, nach Kinderwunschbehandlung? ja nein

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

ja Wann? nein

Falls ja: Sind folgende Erkrankungen festgestellt worden?

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

Wurde bei dieser Untersuchung ein Spermiogramm durchgeführt? nein ja

Haben Sie Erektionsstörungen? ja nein

Haben Sie sich sterilisieren lassen? ja nein

Falls ja: wurde später eine Refertilisierung durchgeführt? ja, wann 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? 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)

Ihr Beruf

Unterschrift des Patienten: _____

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:** _____