



Was wird für das Erstgespräch benötigt?

Bitte füllen Sie die zugesandten Fragebögen aus und schicken Sie diese an uns zurück.

1. Aufnahmebogen
2. Anamnesebogen
3. Einverständniserklärung zur Übermittlung von Patientendaten

Am Termin:

Frau ♀

- Versichertenkarte** + **ggf. Überweisungsschein**
- Ausweis**

Falls vorhanden (kann andernfalls bei uns durchgeführt werden):

- Blutgruppen-Ausweis
- Impfpass wegen Rötelnimpfung/ Röteltiter
- Blutergebnisse: AMH, HIV, HBsAg, HCV, Anti HBc-Ak
- Varizellen- AK
- Hormonstatus: E2, LH, FSH, Androstendion, Prolaktin, Testosteron, T3, T4, TSH, DHEAS, SHBG
- Befunde und Ergebnisse früherer Operationen in Zusammenhang mit Kinderwunsch
- Befunde und Ergebnisse früherer Kinderwunschtherapien
- Aktueller Befund der Krebsvorsorge (PAP)
- Falls vorhanden Mutterpass

Mann ♂

- Versichertenkarte**
- Ausweis**

Falls vorhanden (kann andernfalls bei uns durchgeführt werden):

- Blutergebnisse: HIV, HBsAg, HCV, Anti-HBc-Ak
- Spermogramme
- Befunde und Ergebnisse früherer Operationen, Behandlungen in Zusammenhang mit Kinderwunsch
- Befunde und Ergebnisse früherer Kinderwunsch-Therapien

Bitte schicken Sie keine Originalbefund, sondern Kopien.

Wir freuen uns auf Sie!!!



Fragebogen für Paare mit unerfülltem Kinderwunsch

I. Patientin

Datum:

1.	Vorname:	Nachname:
2.	Geburtsdatum: Alter:	Beruf:
3.	Allergien:	
4.	Seit wann haben Sie Kinderwunsch?	
5.	Sind Sie mit Ihrem Partner verheiratet?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja seit:
6.	Wie groß und wie schwer sind Sie?	Größe: <input type="text"/> Gewicht: <input type="text"/>
7.	Wann trat Ihre erste Periode auf?	Alter: <input type="text"/>
8.	In welchem Abstand tritt Ihre Periode auf?	vonTagen bis Tagen
9.	Wie viele Tage hält sie an?	<input type="text"/>
10.	Haben Sie Schmerzen bei der Blutung?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
11.	Wie stark ist Ihre Blutung?	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> verlängert
12.	Wie oft haben Sie Geschlechtsverkehr? x pro Wochex pro Monat
13.	Haben Sie eine Anti-Baby-Pille eingenommen? Wenn ja, welche und bis wann?	<input type="checkbox"/> Ja von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein
14.	Haben Sie eine Spirale getragen? Wenn ja, von – bis, und wie haben Sie die getragen?	<input type="checkbox"/> Ja von <input type="text"/> bis <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Nein
15.	Waren Sie schon einmal schwanger? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Jahr <input type="text"/>
16.	Wie viele Kinder haben Sie geboren, wann und wie?	
17.	Haben Sie Kinder mit einem anderen Partner?	
18.	Haben Sie einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen? Wenn ja, wann?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
19.	Hatten Sie schon eine Fehlgeburt? Wenn ja, wann und in welchem Monat?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
20.	Hatten Sie eine Eileiterschwangerschaft? Wenn ja, wann und auf welcher Seite?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> rechts oder <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Nein
21.	Wurden Sie bereits einmal am Unterleib operiert? An anderen Organen?	Wie oft? <input type="text"/> Wo? <input type="text"/> Woran? <input type="text"/>



22.	Hatten Sie bereits eine Entzündung an den Eierstöcken, oder im Unterbauch? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> Ja Wann? In welcher Form? <input type="checkbox"/> Nein
23.	Wurde bei Ihnen bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt? Wenn ja, wo, in welcher Form und wie oft?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Wo? Was? Wie oft?
24.	Erfolgte bereits eine Hormonbehandlung?	<input type="checkbox"/> Ja, mit Clomifen-Tabl. <input type="checkbox"/> Ja, mit Spritzen <input type="checkbox"/> Nein
25.	Sind die Eileiter auf Durchgängigkeit überprüft worden? Wenn ja, wie und welches Ergebnis?	<input type="checkbox"/> Ja, mit Ultraschall <input type="checkbox"/> ja, mit Röntgen wann? <input type="checkbox"/> ja, mit OP <input type="checkbox"/> Nein
26.	Bestehen andere allgem. Erkrankungen? z.B. Diabetes, Schilddrüsenerkrankungen oder ähnliches?	
27.	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	
28.	Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten tgl.	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
29.	Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> oft



II. Partner

Datum:

1.	Name	
2.	Geburtsdatum	
3.	Beruf	
4.	Seit wann besteht bei Ihnen Kinderwunsch?	
5.	Wie groß und wie schwer sind Sie?	Größe: Gewicht:
6.	Hatten Sie oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?: Mumps, Entzündungen der Prostata, Leberschaden, Zuckererkrankung, Blut-hochdruck, Tuberkulose.	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> Nein
7.	Hatten Sie einmal Geschlechtskrankheit?	<input type="checkbox"/> Wenn ja, welche und wann? <input type="checkbox"/> Nein
8.	Hatten Sie früher Hodenhochstand, Leistenbruch, Vorhautverengung oder Hodenkrampfader?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
9.	Wurde bei Ihnen bereits ein Spermogramm durchgeführt?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann? Wo? Ergebnis?
10.	Wurden Sie bereits operiert? Wenn ja, was und wann?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
11.	Bestehen andere allgem. Erkrankung? z.B. Bluthochdruck, Diabetes?	
12.	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche?
13.	Haben Sie bereits Kinder mit einer anderen Partnerin? Wenn ja, wie viele und wann geboren?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja
14.	Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> oft
15.	Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> Ja, wie viele <input type="checkbox"/> nein



Einverständniserklärung zur Erhebung/Übermittlung von Patientendaten gem. § 73 Abs. 1 b SGB V

Ich _____
(Vorname, Name, Wohnort, Geburtsdatum)

erkläre mich einverstanden, dass

mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde zum Zweck der beim Hausarzt zu führenden Dokumentation und der weiteren Behandlung an meinen Hausarzt übermittelt.

der mich behandelnde Arzt bei meinem Hausarzt oder anderen Ärzten oder Leistungserbringern die für meine Behandlung erforderlichen Behandlungsdaten und Befunde erhebt und für die Zwecke der von meinem behandelnden Arzt zu erbringenden ärztlichen Leistungen verarbeitet und nutzt.

Mein Hausarzt/Frauenarzt ist: _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offen gelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Alle Mitarbeiter sind zur Verschwiegenheit verpflichtet und haben eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass Daten im Rahmen der Zweckbestimmung und unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen anonym an das Deutsche IVF-Register übermittelt werden.

Es ist mir bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit ganz oder teilweise für die Zukunft widerrufen kann.

(Ort, Datum)

(Unterschrift des Patienten bzw. gesetzlichen Vertreters)

Hinweis: Für andere als die o.g. Zwecke darf mein behandelnder Arzt meine Behandlungsdaten und Befunde nicht übermitteln, verarbeiten und nutzen.