

Anamnesebogen – Sterilitätsbehandlung

Patientin ♀

Partner ♂ / **Partnerin** ♀

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Handy-Nr.: _____

E-Mail: _____

Krankenkasse: _____

Beruf: _____

Größe / Gewicht _____ cm _____ kg

Rauchen: nein ja: _____ Zigaretten pro Tag

Operationen, chronische Erkrankungen: _____

Nehmen Sie Medikamente ein? nein ja, folgende: _____

stimmt mit meiner Frau überein

andere: _____

Größe / Gewicht _____ cm _____ kg

nein ja: _____ Zigaretten pro Tag

nein ja, folgende: _____

Sind Sie miteinander verheiratet? ja nein

Seit wann besteht bei Ihnen Kinderwunsch? Seit _____ (Jahr)

Wurde bei Ihnen bereits eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt? nein ja, folgende: _____

Patientin ♀

Behandelnde/r Gynäkologin/Gynäkologe: _____

Wie lange dauert Ihr Zyklus? ca. _____ Tage (± 2 Tage) regelmäßig unregelmäßig

Waren Sie bereits früher einmal schwanger? nein ja, → in anderer Partnerschaft? nein ja
Geburt(en) im Jahre _____
Fehlgeburt(en) im Jahre _____
Eileiterschwangerschaften im Jahre _____

Ist bei Ihnen bereits die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft worden? nein ja, _____ (Jahr), mit folgendem Ergebnis:
links: _____ rechts: _____

Partner ♂

Hatten Sie mit einer anderen Partnerin bereits eine Schwangerschaft erzielt? nein ja

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten pseudonymisiert und verschlüsselt an das Paul-Ehrlich-Institut (PEI), das Regierungspräsidium Darmstadt, das Deutsche IVF-Register (DIR) sowie die Landesärztekammer Schleswig-Holstein (QS-ReproMed) übermittelt werden. Alle relevanten Informationen gem. Art. 13 DSGVO finden Sie auf den Aushängen in der Praxis und können Ihnen auf Wunsch auch in gedruckter Form für Ihre Unterlagen zur Verfügung gestellt werden.

Wetzlar, _____ Datum _____ Unterschrift (Patientin) _____ Unterschrift (Partner / Partnerin)