

# 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: z.B. Gerinnungsstörung, Kaiserschnitt, Bauchspiegelung etc. \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?  nein  ja, folgende: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

stimmt mit meiner Partnerin 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 (Tage)?  ≤ 26  27 bis 29  ≥ 30  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 Hessische Landesamt für Gesundheit und Pflege (HLFGP), das Deutsche IVF-Register (DIR), die Landesärztekammer Schleswig-Holstein (QS-ReproMed) sowie nicht-pseudonymisiert an das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) übermittelt werden. Zudem entbinde ich das Kinderwunschzentrum Mittelhessen sowie den o.g. Gynäkologen und andere medizinische Einrichtungen wechselseitig von ihren Schweigepflichten und stimme einem Austausch meiner Daten in für die Kinderwunschbehandlung erforderlichen Umfang zu. Dieser Einverständniserklärung kann ich jederzeit für die Zukunft widersprechen. Damit erlischt die Voraussetzung für eine Kinderwunschbehandlung. Alle relevanten Informationen gem. Art. 13 DSGVO kann ich auf den Aushängen in der Praxis einsehen und auf Wunsch in gedruckter Form zur Verfügung gestellt bekommen. Ich wurde darüber aufgeklärt, dass ich hinsichtlich der angestrebten Behandlung der Speicherung sämtlicher Daten entsprechend § 343 1a Satz 13 SGB (ePA) widersprechen kann und mache von meinem Widerspruchsrecht Gebrauch.

Wetzlar, \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift (Patientin) \_\_\_\_\_ Unterschrift (Partner / Partnerin)