

Patientenaufnahmebogen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und **vor** Ihrem Besuch zurückschicken. **Danke!**

Per Post: Kinderwunsch Centrum München MVZ, Lortzingstr. 26, 81241 München

Per Fax: 089/244 144 41

Per Mail: terminvergabe@ivf-muenchen.de

Bitte beachten Sie:

Erhalten wir bis spätestens 5 Tage vor Ihrem Termin keinen Patientenaufnahmebogen, gehen wir davon aus, dass Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können und vergeben diesen anderweitig.

Ihr erster Termin bei uns (*Datum*):

Patientin

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Straße		Hausnummer	
PLZ	Wohnort		
Telefon privat		Telefon dienstlich	
Mobil	E-Mail		

Name der Krankenversicherung	Beihilfe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
------------------------------	---

Beruf

Ehemann / Partner:

Name		Vorname	
Geburtsdatum		Geburtsort	
Straße		Hausnummer	
PLZ	Wohnort		
Telefon privat		Telefon dienstlich	
Mobil	E-Mail		

Name der Krankenversicherung	Beihilfe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
------------------------------	---

Beruf

Bitte wenden!

Sind Sie miteinander verheiratet?

nein ja

Entfernung von der Wohnung zur Praxis (*in km*)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Freunde/Bekannte Frauenarzt Urologe Infoabend Internet Sonstiges:

Überweisender / behandelnder Frauenarzt	Bericht (Arztbrief) an Ihren Arzt gewünscht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Überweisender / behandelnder Hausarzt	Bericht (Arztbrief) an Ihren Arzt gewünscht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Überweisender / behandelnder Urologe	Bericht (Arztbrief) an Ihren Arzt gewünscht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Bitte tragen Sie auch auf dieser Seite Ihren Namen ein!

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Bitte beantworten Sie uns nachfolgende Fragen soweit Ihrerseits möglich und lassen uns Kopien Ihrer auswärts bereits erhobenen Befunde mit diesem Fragebogen zukommen.

Angaben zur Frau

Größe (cm)	Gewicht (kg)
Blutgruppe (bitte Ausweis, falls vorhanden)	
Bekannte Allergien aus dem medizinischen Bereich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Falls ja, welche?)	
<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Penicillin, andere Antibiotika: <input type="checkbox"/> Andere:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Vitamine oder Hormone ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Falls ja, welche?)	
<input type="checkbox"/> Folsäure; Name des Präparats:	<input type="checkbox"/> Andere Medikamente:
Sind Sie geimpft? Bitte Impfpass mitbringen!	
<input type="checkbox"/> Röteln/MMR, wie oft	<input type="checkbox"/> Windpocken <input type="checkbox"/> Keuchhusten (Pertussis), zuletzt
Seit wann besteht Kinderwunsch? (in Jahren)	
Sind Sie blutsverwandt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1-5 Zig./Tag <input type="checkbox"/> 6-10 Zig./Tag <input type="checkbox"/> 11-15 Zig./Tag <input type="checkbox"/> 16-20 Zig./Tag <input type="checkbox"/> mehr als 20 Zig./Tag	
Wann war der letzte Krebsvorsorgeabstrich bei Ihrem Frauenarzt?	
Alter bei der ersten Blutung	
Zyklusdauer (Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der nächsten Blutung)	
Zwischen und Tage	Keine Blutung seit:
Wie viele Tage dauert die Blutung? Tage	Wie ist die Blutungsstärke? <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark
Zwischenblutungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Schmierblutungen vor der Regel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Schmerzen während der Blutung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark	Nehmen Sie aufgrund der Regelschmerzen Schmerzmittel? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bisherige Verhütungsmaßnahmen: <input type="checkbox"/> Pille von bis <input type="checkbox"/> Spirale von bis <input type="checkbox"/> Eileiterdurchtrennung (Jahr)	
Haben Sie körperliche Veränderungen bemerkt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Falls ja, welche?)	
<input type="checkbox"/> Milchabgang aus der Brust	<input type="checkbox"/> Vermehrte Körperbehaarung <input type="checkbox"/> Unreine Haut (Akne)

Ist bereits früher eine Schwangerschaft eingetreten?

nein ja, bitte geben Sie uns nachfolgend weitere Angaben hierzu:

Wann war die Schwangerschaft? <i>Monat/Jahr</i>	Bitte teilen Sie uns mit, ob eine <i>Geburt, Abort</i> oder ein <i>Abbruch</i> stattfand (mit Angabe der <i>Schwangerschaftswoche</i>):	Trat die Schwangerschaft nach einer Kinderwunschbehandlung ein?	Trat die Schwangerschaft in der jetzigen Partnerschaft ein?
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Bei Geburten bitte Größe/Gewicht/Woche und ggf. Komplikationen angeben:

.....

Vorbehandlungen (*bitte genaue Übersicht/Protokolle mitbringen, falls vorhanden*) nein

Vorausgegangene hormonelle Stimulationen (*ohne Insemination oder IVF/ICSI-Behandlung*)? Falls ja, wann und wie oft:

.....

Vorausgegangene Inseminationsbehandlungen? Falls ja, wann und wie oft:

.....

Vorausgegangene IVF- und/oder ICSI-Behandlungen? Falls ja, wann und wie oft:

.....

Operationen

Gibt es gynäkologische Operationen in der Vorgeschichte? nein ja (*Falls ja, wann und welche?*)

.....

Wurde die Eileiterdurchgängigkeit geprüft?

Bauchspiegelung Ultraschall nein

Ergebnis:

Nichtgynäkologische Operationen: nein ja (*Falls ja, wann und welche?*)

.....

Vorerkrankungen

Hatten oder haben Sie folgende allgemeine Vorerkrankungen? nein

Diabetes mellitus Erkrankung der Nieren/Leber/Lunge

Thrombosen/Embolien/Blutungsneigung Krebserkrankung

Herz/Kreislauf/Gefäß-Erkrankungen Erbkrankheiten

Epilepsie/psychische Erkrankungen Andere:

Allgemeine Vorerkrankungen in der Familie: nein

Diabetes mellitus Krebserkrankung

Thrombosen/Embolien/Blutungsneigung Ungewollte Kinderlosigkeit

Herzinfarkt Erbkrankheiten

Schlaganfall Andere:

Bitte tragen Sie auch auf dieser Seite Ihren Namen ein!

Name	Vorname	Geburtsdatum

Bitte beantworten Sie uns nachfolgende Fragen soweit Ihrerseits möglich und lassen uns Kopien Ihrer auswärts bereits erhobenen Befunde mit diesem Fragebogen zukommen.

Angaben zum Mann

Größe (cm)	Gewicht (kg)
Blutgruppe (bitte Ausweis, falls vorhanden)	
Bekannte Allergien aus dem medizinischen Bereich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Falls ja, welche?)	
<input type="checkbox"/> Latex	<input type="checkbox"/> Penicillin, andere Antibiotika: <input type="checkbox"/> Andere:
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Vitamine oder Hormone ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Falls ja, welche?)	

Rauchen Sie?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1-5 Zig./Tag <input type="checkbox"/> 6-10 Zig./Tag <input type="checkbox"/> 11-15 Zig./Tag <input type="checkbox"/> 16-20 Zig./Tag <input type="checkbox"/> mehr als 20 Zig./Tag
Trinken Sie Alkohol?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie viel? <input type="checkbox"/> andere Genußmittel:

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten Fieber höher als 38°C oder andere vorübergehende Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein

Wann war die letzte urologische/androgische Untersuchung?
Wurden bereits Spermioogramme durchgeführt? Vorbefunde bitte mitbringen! <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
1. Datum:
Ergebnis:
2. Datum:
Ergebnis:

Kinderwunsch/Schwangerschaft	
Ist in <u>dieser Partnerschaft</u> bereits eine Schwangerschaft eingetreten?	Nach Kinderwunschbehandlung?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist in einer <u>anderen Partnerschaft</u> eine Schwangerschaft eingetreten?	Nach Kinderwunschbehandlung?
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Waren Sie in einer <u>anderen Partnerschaft</u> bereits ungewollt kinderlos?	
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	

Vorerkrankungen	
Hatten oder haben Sie folgende urologische/andrologische Erkrankungen oder Eingriffe? <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Hodenhochstand	<input type="checkbox"/> Krampfadern am Hoden
<input type="checkbox"/> Leistenbruch	<input type="checkbox"/> Sterilisation
<input type="checkbox"/> Mumps	<input type="checkbox"/> Refertilisierung
<input type="checkbox"/> Hodenverletzung	<input type="checkbox"/> Hodenbiopsie (MESA, TESE)
<input type="checkbox"/> Hodenentzündung	<input type="checkbox"/> Einfrieren von Sperma
<input type="checkbox"/> Hodentumor	

Hatten oder haben Sie folgende allgemeine Vorerkrankungen? <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Erkrankung der Nieren/Leber/Lunge
<input type="checkbox"/> Thrombosen/Embolien/Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung
<input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf/Gefäß-Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Erbkrankheiten
<input type="checkbox"/> Epilepsie/psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Andere:

Allgemeine Vorerkrankungen in der Familie: <input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung
<input type="checkbox"/> Thrombosen/Embolien/Blutungsneigung	<input type="checkbox"/> Ungewollte Kinderlosigkeit
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Erbkrankheiten
<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Andere:

Erstellt von: M. Vielhuber	Geprüft durch: Prof. Würfel	Freigegeben von: Dr. Gaßner
Datum: 06_2020	Datum: 06_2020	Datum: 06_2020