



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 (von beiden Partnern)

Am Termin:

Frau ♀

- **Versichertenkarte** + ggf. **Überweisungsschein**
- **Ausweis**
- **Einverständniserklärung zur Übermittlung von Patientendaten**

Falls vorhanden (kann andernfalls bei uns durchgeführt werden):

- Blutgruppen-Ausweis
- Impfpass wegen Rötelnimpfung/ Rötelntiter
- 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**
- **Spermiogramm**
- **Einverständniserklärung zur Übermittlung von Patientendaten**

Falls vorhanden (kann andernfalls bei uns durchgeführt werden):

- Blutergebnisse: HIV, HBsAg, HCV, Anti-HBc-Ak
- Kontrollspermiogramme
- 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!!!



Einverständniserklärung Datenübermittlung:

Name: Vorname: Geburtsdatum:

Ich erlaube folgenden Angehörigen/Bekanntem/Freunden die Abholung meiner Rezepte/ Befunde/Verordnungen. Diese werden in einem verschlossenen Umschlag mitgegeben.

Name/Adresse/Tel:
.....

Ich bin damit einverstanden, dass mein Hausarzt/überweisender Arzt über meine Behandlung informiert wird und ggf. Arztberichte, Befunde erhält: ja nein

Ich bin damit einverstanden, dass meine Behandlungsdaten, Diagnosen, Befunde usw. zum Zwecke der Mit- und Weiterbehandlung an andere Ärzte oder Leistungserbringer weitergeben werden dürfen

Ich bin damit einverstanden, dass ich per Telefon über Befunde/Krebsvorsorgetermine/Abstimmung des Behandlungsablaufes informiert werde

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zur Person, Behandlungsdaten und Befunde zum Zwecke der Auftragsbearbeitung/Untersuchung an

- Labor Rosenheim MVZ
- Pathologie Rosenheim
- Labor Kinderwunsch-Centrum München-Pasing
- Genetikum Dr. Mehnert
- Labor für Medizinische Genetik, Dr. Klein, Planegg

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten in Bezug auf eine Kinderwunschtherapie in pseudonymisierter Form an die Bayerische Landesärztekammer gesendet werden und für das Deutsche IVF-Register erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

Änderungen werde ich der Praxis unverzüglich mitteilen. Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Patient



Patientenaufnahmebogen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und **mindestens 1 Woche vor Ihrem Besuch** zurückschicken.
Danke!

➔ Gleichgeschlechtliche Paare bitten wir, den Teil der Patientinnen doppelt auszufüllen.

Patientin:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Straße, Haus Nr.:	PLZ, Wohnort:
Telefon Privat:	Telefon dienstlich:
Mobil:	E-Mail:
Name der Krankenversicherung:	Beihilfe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beruf:	Verheiratet: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Entfernung von der Wohnung zur Praxis (in km und Stunden):	Erster Termin bei uns:

Ehemann/Partner:

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	
Straße, Haus Nr.	PLZ, Wohnort:
Telefon Privat:	Telefon dienstlich:
Mobil:	E-Mail:
Name der Krankenversicherung:	Beihilfe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Beruf:	

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Freunde/Bekannte Frauenarzt Urologe Internet Sonstige



Bitte beantworten Sie uns nachfolgende Fragen soweit Ihrerseits möglich und lassen uns Kopien Ihrer auswärts bereits erhobenen Befunde mit diesem Fragebogen zukommen. Fragen, welche Sie nicht beantworten möchten, lassen Sie einfach frei.

I Patientin:

Überweiser/behandelnder Frauenarzt:	Bericht (Arztbrief) an Ihren Arzt gewünscht? O Ja / O Nein
Name:	Vorname:
Straße, Haus Nr.:	PLZ/Ort:

Daten der Frau:

1. Vorname:	2. Nachname:
3. Geburtsdatum:	4. Allergien (z.B. Latex, Penicillin):
5. Seit wann haben Sie Kinderwunsch?	6. Wie ist Ihre Aktuelle Körpergröße und Ihr Gewicht? Größe: Gewicht:
7. Wann trat Ihre erste Periode auf?	8. Wie viele Tage hält die Periode an?
9. In welchem Abstand tritt Ihre Periode auf? (Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der nächsten Blutung) von _____ Tagen bis _____ Tagen Keine Blutung seit: _____	10. Haben Sie Zwischenblutungen? O Ja O Nein
11. Wie ist die Blutungsstärke während der Periode? O leicht O mittel O stark	12. Haben Sie Schmerzen bei der Blutung? Wenn Ja, nehmen Sie Schmerzmittel ein? O Ja, welche? _____ O Nein
13. Wie oft haben Sie Geschlechtsverkehr? _____ x pro Woche, _____ x pro Monat	14. Sind die Eileiter auf Durchgängigkeit überprüft worden? Wenn ja, wie und welches Ergebnis? O Ja mit Ultraschall O Ja mit Röntgen, wann? _____ O Ja mit OP, wann? _____ O Nein



<p>29. Wann war der letzte Krebsvorsorgeabstrich beim Frauenarzt? (bitte Befund mitbringen)</p>	<p>30. Blutgruppe (bitte Ausweis mitbringen, falls vorhanden)</p>																																																								
<p>31. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?</p> <p style="text-align: center;"> <input type="radio"/> 1-5 Zigaretten/Tag <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> 5-10 Zigaretten/Tag <input type="radio"/> 10-20 Zigaretten/Tag <input type="radio"/> > 20 Zigaretten/Tag </p>	<p>32. Trinken Sie Alkohol?</p> <p> <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Täglich, Was? _____ <input type="radio"/> Wöchentlich, Was? _____ <input type="radio"/> nur zu besonderen Anlässen, Was? _____ </p>																																																								
<p>33. Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche?</p> <p> <input type="radio"/> Ja, _____ <input type="radio"/> Nein </p>	<p>34. Waren Sie die letzten 6 Monate im Urlaub?</p> <p> <input type="radio"/> Ja, Wo? _____ <input type="radio"/> Nein </p>																																																								
<p>35. Hatten oder haben Sie allgemeine Vorerkrankungen? (z.B Diabetes, Bluthochdruck, etc.)</p> <p> <input type="radio"/> Ja, Welche? _____ <input type="radio"/> Nein </p>	<p>36. Hatten oder haben Sie eine Geschlechtskrankheit? (z.B Chlamydien, Herpes Syphilis)</p> <p> <input type="radio"/> Ja, Welche? _____ <input type="radio"/> Nein </p>																																																								
<p>37. Allgemeine Vorerkrankungen in der Familie:</p> <p>_____</p> <p>_____</p>																																																									
<p>38. Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?</p> <p> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Schichtarbeit <input type="radio"/> Lärm <input type="radio"/> fehlendes Tageslicht <input type="radio"/> schwere körperliche Belastungen <input type="radio"/> Chemikalien <input type="radio"/> Gase/Aerosole Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.? _____ </p>	<p>39. Leiden Sie insbesondere an folgende Beschwerden?</p> <p><input type="radio"/> Nein</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <thead> <tr> <th></th> <th>leicht</th> <th>mittel</th> <th>stark</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>allg. Müdigkeit / Leistungsabfall</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Reizbarkeit / Nervosität</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Stress (allgemein)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Stress (am Arbeitsplatz)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Partnerschaftskonflikte</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Ängstlichkeit / Depressionen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Seelische Erkrankungen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hitzewallungen/Schweißausbrüche</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>fleckige Hautrötungen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>trockene Scheide</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Herzklopfen</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Krampfadern</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		leicht	mittel	stark	Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe				allg. Müdigkeit / Leistungsabfall				Reizbarkeit / Nervosität				Stress (allgemein)				Stress (am Arbeitsplatz)				Partnerschaftskonflikte				Ängstlichkeit / Depressionen				Seelische Erkrankungen				Hitzewallungen/Schweißausbrüche				fleckige Hautrötungen				trockene Scheide				Herzklopfen				Krampfadern			
	leicht	mittel	stark																																																						
Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe																																																									
allg. Müdigkeit / Leistungsabfall																																																									
Reizbarkeit / Nervosität																																																									
Stress (allgemein)																																																									
Stress (am Arbeitsplatz)																																																									
Partnerschaftskonflikte																																																									
Ängstlichkeit / Depressionen																																																									
Seelische Erkrankungen																																																									
Hitzewallungen/Schweißausbrüche																																																									
fleckige Hautrötungen																																																									
trockene Scheide																																																									
Herzklopfen																																																									
Krampfadern																																																									



**Bitte beantworten Sie uns nachfolgende Fragen soweit Ihrerseits möglich und lassen uns Kopien Ihrer auswärts bereits erhobenen Befunde mit diesem Fragebogen zukommen.
Fragen, welche Sie nicht beantworten möchten, lassen Sie einfach frei.**

II. Daten Mann:

Überweiser/behandelnder Urologe:	Bericht (Arztbrief) an Ihren Arzt gewünscht? O Ja / O Nein
Name:	Vorname:
Straße, Haus Nr.:	PLZ/Ort:

Angaben zum Ehemann/Partner:

1. Vorname:	2. Nachname:
3. Geburtsdatum:	4. Allergien (z.B. Latex, Penicillin)
5. Seit wann haben Sie Kinderwunsch?	6. Wie ist Ihre aktuelle Körpergröße und Ihr Gewicht? Größe: _____ Gewicht: _____
7. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? O Ja, Welche? _____ O Nein _____	8. Hatten oder haben Sie urologische/andrologische Erkrankungen oder Eingriffe? O Ja, Welche? _____ O Nein _____
9. Blutgruppe (bitte Ausweis mitbringen, falls vorhanden)	10. Haben Sie bereits Kinder? Wenn ja, wie viele? O Ja, wie viele? _____ O Nein
11. Wann war die letzte urologische/andrologische Untersuchung? _____	12. Wurde bei Ihnen bereits ein Spermogramm durchgeführt? O Ja, Wann? _____ O Nein
13. Wurde bei Ihnen bereits eine Genetische Abklärung durchgeführt? (Falls Ja, bitte Befund mitbringen) O Ja, wann? _____ O Nein	14. Trinken Sie Alkohol? O Nein O Täglich, Was? _____ O Wöchentlich, Was? _____ O nur zu besonderen Anlässen, Was? _____



<p>15. Rauchen Sie? Wenn ja, wie viel?</p> <p><input type="radio"/> 1-5 Zigaretten/Tag <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> 5-10 Zigaretten/Tag <input type="radio"/> 10-20 Zigaretten/Tag <input type="radio"/> > 20 Zigaretten/Tag</p>	<p>16. Konsumieren Sie Drogen? Wenn ja, welche?</p> <p><input type="radio"/> Ja, _____ <input type="radio"/> Nein</p>
<p>17. Sind Sie geimpft? (Bitte Impfpass mitbringen!!)</p> <p><input type="radio"/> Röteln/MMR, wie oft _____ <input type="radio"/> Windpocken <input type="radio"/> Keuchhusten <input type="radio"/> Corona, wie oft _____</p>	<p>18. Waren Sie die letzten 6 Monate im Urlaub?</p> <p><input type="radio"/> Ja, Wo? _____ <input type="radio"/> Nein</p>
<p>19. Hatten Sie in den letzten 3 Monaten Fieber höher als 38°C oder andere vorübergehende Erkrankungen?</p> <p><input type="radio"/> Ja, Wann? _____ <input type="radio"/> Nein</p>	<p>20. Hatten oder haben Sie allgemeine Vorerkrankungen? (z.B. Diabetes, Bluthochdruck etc.)</p> <p><input type="radio"/> Ja, Welche? _____ _____ <input type="radio"/> Nein</p>
<p>21. Hatten oder haben Sie eine Geschlechtskrankheit? (z.B. Chlamydien, Herpes, Syphilis)</p> <p><input type="radio"/> Ja, Welche? _____ <input type="radio"/> Nein</p>	<p>22. Allgemeine Vorerkrankungen in der Familie:</p> <p>_____ _____</p>
<p>23. Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?</p> <p><input type="radio"/> nein</p> <p><input type="radio"/> Lärm <input type="radio"/> Schichtarbeit <input type="radio"/> fehlendes Tageslicht <input type="radio"/> schwere körperliche Belastungen <input type="radio"/> Chemikalien <input type="radio"/> Gase/Aerosole Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.? _____</p>	