

Mit den folgenden Informationen helfen Sie uns, die Kommunikation mit Ihnen und Ihren behandelnden Ärzt:innen effektiv zu gestalten. Danke!

Frau Mann Divers

Name:	Geburtsname:
Vorname:	
geb. am:	Geburtsort:
Beruf:	
Straße:	
PLZ & Wohnort:	
Tel. privat:	
Tel. dienstlich:	
Handy:	
E-Mail:	
Krankenkasse:	
beh. Frauenärzt:in:	
beh. Urologe:in:	

Darf Ihr Frauenarzt/ Ihre Frauenärztin von uns informiert werden? ja nein

Wodurch sind Sie auf das FCB aufmerksam geworden?

- | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Frauenärzt:in | <input type="checkbox"/> Urologe:in | <input type="checkbox"/> Hausärzt:in |
| <input type="checkbox"/> Familie/Freunde | <input type="checkbox"/> Kollegen:in | <input type="checkbox"/> Internet |
| <input type="checkbox"/> Presse | <input type="checkbox"/> Social Media | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

Familienstand:

- alleinstehend
- verheiratet mit: _____
- in lediger Partnerschaft mit: _____

Berlin, den _____

Unterschrift

Patient/
Patientin _____ geb. am _____

Partner/
Partnerin _____ geb. am _____

Wie lange besteht bei Ihnen der Kinderwunsch? _____

Ich bin verheiratet in lediger Partnerschaft alleinstehend

Meine Menstruation kommt alle _____ Tage und dauert etwa _____ Tage

Meine letzte Regel war am _____

Ich habe Schmerzen bei der Regelblutung ja nein
Wenn ja, seit wann _____

Ich wiege _____ kg. Ich bin _____ cm groß

Raucher Nichtraucher

Ich war schon einmal schwanger ja nein

Wenn ja, wann und was wurde aus der Schwangerschaft?

Wann war ihre letzte Krebsvorsorge? _____

Wer ist Ihre Gynäkologin?

Hatten Sie schon vorangehende Operationen im gynäkologischen Bereich? ja nein

Wenn ja, welche?

Hatten Sie internistische Erkrankungen/Allergien/Thrombosen/Infektionen? ja nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie bisher eine Kinderwunschbehandlung durchgeführt?

Stimulation Insemination IVF ICSI Eizellkryokonservierung

Haben Sie psychotherapeutische Vorerfahrungen? ja nein

Sind Sie mit Ihrer Sexualität zufrieden? ja nein

Weitere Anmerkungen:

Fragen an den Partner:

Ich wiege _____ kg. Ich bin _____ cm groß

Wurde bei Ihnen bereits ein Spermogramm gemacht? ja nein

Wenn ja, bitte mitmailen / mitbringen.

Haben Sie bisher eine Schwangerschaft gezeugt? ja nein

Wenn ja, wann?

Raucher Nichtraucher

Nehmen Sie Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche?

Hatten Sie am Hoden eine Entzündung/eine Operation/einen Hodenhochstand/eine Krampfadern?

ja nein

Hatten Sie internistische Erkrankungen/Allergien/Thrombosen/Infektionen? ja nein

Wenn ja, welche?

Weitere Anmerkungen:

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben der Richtigkeit und Vollständigkeit entsprechen.

Berlin, _____

Unterschrift Patient/Patientin

Unterschrift Partner/Partnerin