

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

**Partner 1**

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

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

**Partner 2**

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