

Formulare **Medizinische Vorgeschichte**

Patient:in _____ geb. am _____

Partner:in _____ 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?

Formulare **Medizinische Vorgeschichte**

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/die Partner:in:

Ich wiege _____ kg. Ich bin _____ cm groß

Wurde bei Ihnen bereits ein Spermiogramm 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?

Formulare **Medizinische Vorgeschichte**

Weitere Anmerkungen:

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

Berlin, _____

Unterschrift Patient:in

Unterschrift Partner:in