

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und vor Ihrem Besuch zurückschicken
oder unter 089/244 144 41 faxen
oder per Mail an „terminvergabe@ivf-muenchen.de“. Danke!

NK	Sc	H

Patientin: Erster Termin bei uns am:

Name:

Vorname: Geb.-Datum:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Krankenkasse gesetzlich: Krankenkasse Privat: Beihilfe ja nein

Telefon: privat: dienstlich:

Handy: E-Mail*:

Ehemann / Partner:

Name:

Vorname: Geb.-Datum:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Telefon: Handy:

E-Mail*:

Krankenkasse gesetzlich: Krankenkasse Privat: Beihilfe ja nein

** Ich/Wir möchte/n auch per E-Mail informiert werden (Arztbriefe, Befunde, etc.). Mir/Uns ist bekannt, dass E-Mails generell ein unsicheres Übertragungsmedium sind!*

Unterschrift beider Partner:
(Patientin) (Ehemann/Partner)

Überweisender / behandelnder Frauenarzt Arztbrief gewünscht? Ja Nein

Name: Vorname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Überweisender / behandelnder Urologe Arztbrief gewünscht? Ja Nein

Name: Vorname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Überweisender / behandelnder Hausarzt (der Frau) Arztbrief gewünscht? Ja Nein

Name: Vorname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?
 Freunde/Bekannte Frauenarzt Urologe Infoabend Internet Andere

Bitte wenden!

Bitte beantworten Sie uns nachfolgende Fragen soweit Ihrerseits möglich:

Bitte tragen Sie auch auf dieser Seite Ihren Namen ein:

Name: Vorname: Geb.-Datum:

- Sind Sie verheiratet? Ja Nein (Bei Änderung Mitteilung erforderlich!)

- Seit wann haben Sie Kinderwunsch? Seit Jahren und Monaten

- Fahrzeit von der Wohnung zur Praxis Stunden Minuten

- Rauchen Sie, wenn ja wie viele täglich? Zigaretten Sonstiges:

- Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe? Größe: cm Gewicht: kg

- Zyklusdauer (Wie lange ist der Abstand vom ersten Tag der Regelblutung bis zum ersten Tag der nächsten Blutung?)
..... Tage Wochen Monate

- Wie lange dauert die Regelblutung? Tage

- Haben Sie Schmerzen während der Blutung? Nein falls Ja: schwach
stark
mittel

- Wurden bereits Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche?
.....
.....

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

- Vorausgegangene Inseminationsbehandlungen? Wenn ja, wann und wie oft?
.....
.....

- Vorausgegangene IVF / ICSI-Behandlungen? Wenn ja, wann und wie oft?
.....
.....

- Waren Sie bereits schwanger? Nein Ja
.....

Bitte senden Sie uns, falls möglich, sämtliche bereits erhobenen Befunde mit diesem Patientenaufnahmebogen zu (Blutwerte, OP-Berichte, Spermogramme etc.).

Erstellt von: H. Brackebusch	Geprüft durch: Dr. Fiedler	Freigegeben von: Dr. Fiedler
Datum: 01_2017	Datum: 07_2017	Datum: 07_2017