

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!

Patientin: Erster Termin bei uns am:

Name: Geb.-Name:

Vorname: Geb.-Datum:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort: Geb.-Ort:

Name der Krankenkasse: Beihilfe ja nein

Telefon: privat: dienstlich:

Handy: E-Mail:

Ehemann / Partner:

Name:

Vorname: Geb.-Datum:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort: Geb.-Ort:

Telefon: Handy:

E-Mail:

Name der Krankenkasse: Beihilfe ja nein

Überweisender / behandelnder Frauenarzt Bericht (Arztbrief) an Ihren Arzt gewünscht? Ja Nein

Name: Vorname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Überweisender / behandelnder Urologe Bericht (Arztbrief) an Ihren Arzt gewünscht? Ja Nein

Name: Vorname:

Straße, Hausnr.:

PLZ, Wohnort:

Überweisender / behandelnder Hausarzt (der Frau)

Bericht (Arztbrief) an Ihren Arzt 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 tragen Sie auch auf dieser Seite Ihren Namen ein!

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Bitte beantworten Sie uns nachfolgende Fragen soweit Ihrerseits möglich:

(selbstverständlich ist die Beantwortung der Fragen freiwillig, aber für uns sehr hilfreich)

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

- Sind Sie verheiratet? Ja Nein

- Beruf:

- Seit wann haben Sie Kinderwunsch? Seit Jahren

- Entfernung von der Wohnung zur Praxis: km

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

- 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
mittel
stark

- Waren Sie bereits schwanger? Nein Ja

- Geburten? Nein Ja

- Anzahl Geburten:.....

- Welche Medikamente nehmen Sie?:

- Sind Allergien bekannt?: Wenn ja, welche?
.....

- 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?
.....

Bitte lassen Sie uns - falls möglich - Kopien Ihrer auswärts bereits erhobenen Befunde mit diesem Patientenaufnahmebogen zukommen.

! Bitte beachten Sie: Erhalten wir 5 Tage vor Ihrem Termin keinen Patientenaufnahmebogen gehen wir davon aus, dass Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können und vergeben diesen anderweitig.

Erstellt von: S. Scheibenzuber	Geprüft durch: Dr. Fiedler	Freigegeben von: Dr. Fiedler
Datum: 09_2018	Datum: 09_2018	Datum: 09_2018