



Stammdatenblatt

FRAU

Titel, Name
Vorname
SV-Nr. und Geburtsdatum
Krankenkasse
Geburtsname / Geburtsort
Geburtsland
Nationalität

Telefonnummer
E-Mail Adresse
Strasse und Nummer
PLZ Ort

Arbeitgeber
Arbeitgeber PLZ Ort

Zuweiser
Facharzt (Gynäkologe)

MANN

Titel, Name
Vorname
SV-Nr. und Geburtsdatum
Krankenkasse
Geburtsname / Geburtsort
Geburtsland
Nationalität

Telefonnummer
E-Mail Adresse
Strasse und Nummer
PLZ Ort

Arbeitgeber
Arbeitgeber PLZ Ort

Zuweiser
Facharzt (Urologe)

verheiratet oder Lebensgemeinschaft seit _____ - Kinderwunsch seit _____

Auf „Kinderwunsch im Zentrum“ aufmerksam geworden durch:

Freunde Medien Internet Arzt: _____



Stammdatenblatt

FRAU

Gewicht _____ Größe _____
 Dauermedikation: _____
 Durchgängigkeitsprüfung des Eileiters
 rechts links im Jahr _____
 reproduktionsmedizinische Vorbehandlungen

 Vorerkrankungen (z.B.: Schilddrüse / PCO / ...)

 Allergien: _____

Letzte Regel _____
 Erste Regel im Alter von _____
 Regelmäßig ja nein
 ab Alter _____
 Blutungsdauer _____ Tage
 Zyklusdauer _____ Tage
 Stärke stark mäßig schwach
 Schmerzen stark mäßig schwach
 Analgetika (Schmerzmittel während der Periode)

 Schmierblutung ja nein
 Zwischenblutung ja nein
 Zigarettenkonsum/ Tag _____
 Alkohol _____ Gläser / Tag
 andere Suchtmittel: _____

MANN

Gewicht _____ Größe _____
 Dauermedikation: _____
 Fertilitätsmindernde Befunde

 Vorerkrankungen (z.B.: Schilddrüse / PCO / ...)

 Allergien: _____

Haben sie bereits Kinder? ja nein
 wieviele: _____
 Mumps nach der Pubertät ja nein
 Chronische Krankheiten:

 Hoden und Samenwege (Befunde)

 Zigarettenkonsum/ Tag _____
 Alkohol _____ Gläser / Tag
 andere Suchtmittel: _____

Schwangerschaften / Geburten

Jahr _____ spontan / Kaiserschnitt / Fehlgeburt / Eileiterschwangerschaft / Abbruch
 Jahr _____ spontan / Kaiserschnitt / Fehlgeburt / Eileiterschwangerschaft / Abbruch
 weitere _____

Operationen / Gynäkologische Vorerkrankungen (Jahr / Diagnose / Behandlung)

Blinddarm nein ja _____ Brust nein ja _____ Unterleib nein ja _____
 Andere: _____

Mit meiner Unterschrift nehme ich folgendes zur Kenntnis und stimme zu:

- Meine Angaben wurden richtig und vollständig gemacht
- Mein Partner und ich bekommen telefonische oder elektronische Auskunft über unsere Behandlung
- Mein Fach- bzw. Praktischer Arzt darf vom Institut über meine Behandlung informiert werden
- Meine Daten werden elektronisch erfasst und dürfen statistisch ausgewertet werden – dies entspricht den Regelungen der DSGVO (Verordnung (EU) 2016/679) und dem DSG.

Tulln, 24.05.2018

.....

Unterschrift Frau

.....

Unterschrift Herr