



Stammdatenblatt

FRAU

MANN

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

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

Telefonnummer
E-Mail Adresse
Strasse und Nummer
PLZ Ort

Telefonnummer
E-Mail Adresse
Strasse und Nummer
PLZ Ort

Arbeitgeber
Arbeitgeber PLZ Ort

Arbeitgeber
Arbeitgeber PLZ Ort

Zuweiser
Facharzt (Gynäkologe)

Zuweiser
Facharzt (Gynäkologe)

verheiratet oder Lebensgemeinschaft seit _____ - Kinderwunsch seit _____

Auf „Kinderwunsch im Zentrum“ aufmerksam geworden durch:

Freunde Medien Internet Arzt: _____



Stammdatenblatt

FRAU

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

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

 Allergien: _____

Haben sie bereits Kinder? nein
 ___ Buben / ___ Mädchen, Alter: _____

Letzte Regel _____
 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

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

MANN

Gewicht _____ Größe _____
 Dauermedikation: _____
 Fertilitätsmindernde Befunde

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

 Allergien: _____

Haben sie bereits Kinder? nein
 ___ Buben / ___ Mädchen, Alter: _____

Mumps nach der Pupertät 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 Gynäkologe 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 DSGVO.

Datum

Unterschrift Frau

.....

Unterschrift Partner