Kinderwunsch Frauenaerzte
Dr. med. S. Eisenhardt & Kolleginnen

Heiner-Fleischmann-Str. 1/2
74172 Neckarsulm
Tel: 0 71 32 – 488 56 00
www.kinderwunsch-frauenaerzte.de

Patientenaufnahmebogen

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen		
	Frau	**Mann**
Name, Vorname		
Geburtsdatum		
Straße		
Wohnort		
Telefon privat		
Telefon dienstlich		
Mobilnummer		
E-Mail		
Krankenkasse		
Beruf		

Bitte senden Sie den Bogen nach Erhalt innerhalb einer Woche ausgefüllt zurück.

Angaben der Frau:

Familienstand: verheiratet ☐ ledig ☐ getrennt lebend ☐

Körpergröße: Gewicht:

Kinderwunsch seit wann:

Behandelnder Gynäkologe:

Zuvor verhütet mit/ Dauer:

Bisherige Schwangerschaften: _____ davon Geburten: _____ wann entbunden? _____

davon Fehlgeburten: _____ wann? _____

Schwangerschaften aus gleicher Partnerschaft: nein ☐, ja ☐

Regelmäßige Medikamenteneinnahme: nein ☐ ja ☐ welche: _____

Menstruationszyklus

Alter bei der ersten Regelblutung:

Regelmäßiger Zyklus: ja ☐ nein ☐

Zykluslänge: _____ Dauer der Blutung: _____

Besonderheiten zur Blutung: sehr lang ☐ , sehr stark ☐, sehr schmerzhaft ☐

Letzte Periode (Datum Beginn):

Rauchen Sie? Nein ☐ , ja ☐ , wie viele Zigaretten täglich? _____

Allgemeine Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenfehlfunktion o.a.):

_____

Wurde eine Eileiterdurchgängigkeitsprüfung durchgeführt? Wann?

_____

Gynäkologische Erkrankungen (z.B. Eileiterentzündung, Endometriose, Zysten o.a.):

_____

Allgemeine Operationen (z.B. Blinddarm, Schilddrüse. o.a.):

_____

Gynäkologische Operationen (z.B. Bauchspieglung, Ausschabung, o.a.):

_____

Allergien (z.B. gegen ein bestimmtes Medikament):

_____

Familiäre Auffälligkeiten: (z.B. Erbkrankheiten, gehäufte Fehlgeburten, Kinderlosigkeit, o. a.)

_____

Sind Krebserkrankungen in der Familie bekannt? nein ☐, ja ☐, welche?

_____

Sind Thrombosen in der Familie bekannt? nein ☐ , ja ☐, bei wem?

_____

Waren Sie bereits in Behandlung wegen Ihrem Kinderwunsch: nein ☐ , ja ☐,

Wenn ja, welche?_____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden: Arzt/ Internet/ Freunde, o.a.?

_____

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Praxisteam Dr. Eisenhardt und Kolleginnen

(Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.)

Angaben des Mannes:

Name:

Familienstand: verheiratet ☐ ledig ☐ getrennt lebend ☐

Rauchen Sie? Nein ☐ , ja ☐, wie viele Zigaretten täglich? _____

Wurde bereits ein Spermiogramm durchgeführt: nein ☐, ja ☐, Ergebnis?

_____

Allgemeine Erkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenfehlfunktion):

_____

Operationen/Erkrankungen im Genitalbereich(z.B. Leistenbruch, Hodenhochstand, Krampfadern, o.a.):

_____

Sind Krebserkrankungen in der Familie bekannt? nein ☐, ja ☐, welche?

_____

Familiäre Auffälligkeiten: (z.B. Erbkrankheiten, gehäufte Fehlgeburten, Kinderlosigkeit, o. a.)

_____

Waren Sie bereits in Behandlung wegen Ihrem Kinderwunsch: nein ☐ , ja ☐
Wenn ja, welche:

_____

Haben Sie bereits Kinder: nein ☐ , wenn ja, aus dieser Partnerschaft: nein ☐, ja ☐

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Praxisteam Dr. Eisenhardt und Kolleginnen.

(Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht.)