

## Patientenaufnahmebogen Social Freezing / Fertility awareness

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
Wohnort	
Telefon privat	
Telefon dienstlich	
Mobilnummer	
E-Mail	
Krankenkasse	
Beruf	

Ihr geplanter Termin kann nur stattfinden, wenn wir Ihre Unterlagen **spätestens zwei Wochen vor Termin** ausgefüllt zurückbekommen.

**(Bei Änderung der Adresse oder Telefonnummer bitte Information an uns. Vielen Dank.)**

Familienstand:      verheiratet                       ledig                       getrennt lebend

Körpergröße:    Gewicht:

Behandelnder Gynäkologe:

Zuvor verhütet mit: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_ bis wann: \_\_\_\_\_

Bisherige Schwangerschaften: \_\_\_\_\_ davon Geburten: \_\_\_\_\_ wann entbunden? \_\_\_\_\_

davon Fehlgeburten: \_\_\_\_\_ wann? \_\_\_\_\_

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? \_\_\_\_\_

Bitte wenden!

FB Patientenaufnahmebogen Social Freezing doc.690						
Erstellt von	JBI	Geprüft durch	JL	Freigabe durch	SE	
Erstellt am	06.07.2023	Geprüft am	06.07.2023	Freigegeben am	06.07.2023	Seite 1 von 2

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. Bauchspiegelung, 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?

---

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.)

Erstellt von	JB1	Geprüft durch	JL	Freigabe durch	SE
Erstellt am	06.07.2023	Geprüft am	06.07.2023	Freigegeben am	06.07.2023

Seite 2 von 2