



Sehr geehrter Patient,
um das Erstgespräch in unserer Kinderwunschsprechstunde zu vereinfachen, möchten wir Sie bitten den folgenden Fragebogen auszufüllen. Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an. Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen. Die Angaben sind wichtig um Sie im gemeinsamen Gespräch optimal beraten zu können. Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder wollen ist das kein Problem. Wir werden im Erstgespräch Zeit haben die offenen Fragen zu klären. Bitte bringen Sie weiterführende Informationen wie Arztbriefe, Behandlungsprotokolle o.ä. zum Erstgespräch mit.

Patientenfragebogen für den **Mann**

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon/Mobil:	
Beruf:	

Partnerin:

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon/Mobil:	
Beruf:	

Verheiratet mit der o.g. Partnerin

Nein Ja seit _____

Vorgeschichte:

Haben Sie chronische Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen?

Nein Ja

Falls ja, welche?

Fanden dazu Voruntersuchungen statt?

Nein Ja

Falls ja, welche?



Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja
Falls ja, welche?

Eigenanamnese

Wie groß sind Sie?
_____ cm

Wie schwer sind Sie?
_____ kg

Rauchen Sie?

Nein Ja

1-5 Zig. pro Tag 6-15 Zig. pro Tag >16 Zig. pro Tag

Trinken Sie Alkohol? nie selten gelegentlich regelmäßig

Nehmen Sie Drogen? nie selten gelegentlich regelmäßig

Wenn ja, welche?

Leiden Sie an anderen Erkrankungen? z.B.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Unterleibschmerzen | <input type="checkbox"/> Thrombose/ Blutgerinnsel |
| <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Asthma/ chronische Bronchitis |
| <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen | <input type="checkbox"/> Magen- /Darmerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Kopfschmerzen | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Zuckerkrankheit
(Insulinpflichtig: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>) | sonstige: |

-
- Bösartige Erkrankungen
 Schilddrüsenerkrankungen
 Psychische Erkrankungen

Haben Sie Allergien? Nein Ja

Falls ja, welche ?:



Fragen, die Sie gerne im Erstgespräch stellen möchten:
