



Stammdatenblatt

FRAU

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

Telefonnummer
E-Mail Adresse
Strasse und Nummer
PLZ Ort

Arbeitgeber
Arbeitgeber PLZ Ort

Zuweiser
Facharzt (Gynäkologe)

PARTNERIN

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

Telefonnummer
E-Mail Adresse
Strasse und Nummer
PLZ Ort

Arbeitgeber
Arbeitgeber PLZ Ort

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: _____
Durchgängigkeitsprüfung des Eileiters
 rechts links im Jahr _____
reproduktionsmedizinische Vorbehandlungen

Sind Sie Hepatitis oder HIV positiv? ja nein
Vorerkrankungen (z.B.: Schilddrüse / PCO / ...)

Allergien: _____

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

PARTNERIN ,

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

Sind Sie Hepatitis oder HIV positiv? ja nein
Vorerkrankungen (z.B.: Schilddrüse / PCO / ...)

Allergien: _____

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

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 DSG.

Datum

.....

.....

Unterschrift Frau

Unterschrift Partnerin