



**Stammdatenblatt**

**FRAU** .....

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

Telefonnummer
E-Mail Adresse
Strasse und Nummer
PLZ Ort

Arbeitgeber
Arbeitgeber PLZ Ort

Zuweiser
Facharzt (Gynäkologe)

**MANN** .....

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

Telefonnummer
E-Mail Adresse
Strasse und Nummer
PLZ Ort

Arbeitgeber
Arbeitgeber PLZ Ort

Zuweiser
Facharzt (Urologe)

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 \_\_\_\_\_  
**Sind Sie Hepatitis oder HIV positiv?**  ja  nein  
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 / ...) \_\_\_\_\_  
**Sind Sie Hepatitis oder HIV positiv?**  ja  nein  
Allergien: \_\_\_\_\_

Haben sie bereits Kinder?  nein  
\_\_\_\_\_ Buben / \_\_\_\_\_ Mädchen, Alter: \_\_\_\_\_  
Mumps nach der Pubertät  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 DSG.

Datum .....

.....

.....

Unterschrift Frau

Unterschrift Partner