



Patienten-Fragebogen für Alleinstehende mit Kinderwunsch

Allgemeine Daten

Vor- und Nachname Geburtsdatum

Strasse, Hausnr. Beruf

PLZ und Ort

E-Mail

Telefon (tagsüber)

Unsere Fragen an Sie

Ihre Größe?

Ihr Gewicht?

Periode / Monatszyklus: Unregelmäßig Regelmäßig: Alle Tage und dauert Tage

Seit wann etwa (Jahr) versuchen Sie, schwanger zu werden?

Sind Sie deswegen bereits behandelt worden? Ja Nein

Von wem, wann und wie wurden Sie behandelt?

Waren Sie bereits schwanger? Ja Nein

Bitte Jahr angeben: Abbrüche Eileiterschwangerschaften Fehlgeburten Geburten

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Welche?

Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein

Bitte genauen Namen, Stärke und Dosierung angeben:

Leiden Sie an ernsten Erkrankungen? Ja Nein

Welche?

Haben Sie wichtige Voroperationen? Ja Nein

Welche und wann (Jahr)?

Wurde die Durchgängigkeit der Eileiter überprüft? Ja Nein

Wann und mit welchem Ergebnis?

Wurde bei Ihnen eine Sterilisation durchgeführt? Ja Nein Wann?

Liegt ein ausreichender Schutz (2-malige Impfung) gegen Masern und Röteln vor? Ja Nein

Rauchen Sie Zigaretten? Ja Nein Wie viele Zigaretten am Tag?

Dürfen wir Ihre angegebenen Ärzte über Behandlungsergebnisse schriftlich informieren? Ja Nein

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Anderer Arzt Buch Bekannte Internet Podcast Radio-Werbung

Social Media Zeitung Sonstiges: