

FB Ki02 Anamnesebogen Partner

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsname _____

Geburtsort _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon-Nr. _____

Handy-Nr _____

Krankenkasse _____

E-Mail-Adresse _____

Nationalität _____

Ausgeübter Beruf _____

Verheiratet nein ja

Körpergewicht: _____ kg

Körpergröße : _____ cm

Name der Partnerin

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Sind Sie schon einmal untersucht worden?

ja nein

wenn ja, wann zuletzt? _____ (Jahr)

Besteht bei Ihnen eine sog. Varikozele oder Infektion der Samenwege?

ja nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

ja nein

Wenn ja, welche? _____

Rauchen Sie?

ja nein

Wenn ja:

1-5 Zig./Tag 5-15 Zig./Tag

mehr als 15 Zig./Tag

Seit wie vielen Jahren?

ca. _____ Jahre

Haben Sie bereits Kinder?

ja nein

Wenn ja, wie viele? _____

Geburtsjahr(e)? _____

Sind Sie schon einmal am Unterleib operiert worden?

ja nein

Wenn ja welche Operation? _____

wann? _____ (Jahr)

Sprechen Sie mit Ihrer Frau über Ihren Kinderwunsch?

ja, häufig eher selten so gut wie nie

Sprechen Sie mit Freunden/Freundinnen oder Verwandten über Ihren Kinderwunsch?

ja, häufig eher selten so gut wie nie

Glauben Sie, dass es bisher Umstände gab, die das Eintreten einer Schwangerschaft verhindert haben?

Arbeitsplatz/-bedingungen

Abwesenheit/Trennung vom Partner, beruflich, räumlich

andere _____

Liebe Patienten,

bitte bringen Sie zu jedem Besuch Ihren

Personalausweis und Ihre

Versichertenkarte mit.

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass die Kosten Ihrer Kinderwunschbehandlung möglicherweise nicht zu 100% von Ihrer Krankenkasse übernommen werden.

Wir werden Sie über die anfallenden Kosten des jeweiligen Behandlungsschemas informieren.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Ihr Praxisteam

(Unterschrift des Patienten)

(Ort und Datum)