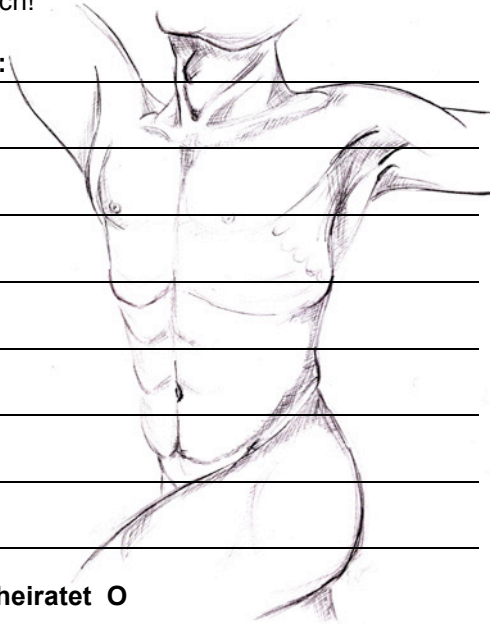


Selbstauskunft Patient

Sie helfen uns sehr, wenn Sie diesen Bogen vor dem Erstgespräch ausfüllen und abgeben. Alle Angaben sind natürlich streng vertraulich!

Name: _____ **Vorname:** _____
Name und Vorname der Partnerin: _____
Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ **Alter:** _____
Telefon (Festnetz): _____ **Beruf:** _____
Telefon (mobil): _____ **Größe:** _____
Krankenversichert bei: _____ **Gewicht:** _____
 verheiratet mit o.g. Partnerin seit: / / nicht verheiratet
 verheiratet mit anderer Partnerin:



(Bitte alle Felder unbedingt ausfüllen!)

Eigene Anamnese:

Haben sie chronische Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen?

Nein Ja, _____

Hatten oder haben Sie die folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

Mumps
 Diabetes (Zuckerkrankheit) insulinpflichtig nicht insulinpflichtig
 Bluthochdruck
 Epilepsie
 Krebs / andere Tumore: _____

Schilddrüsenerkrankungen: _____

sonstige Erkrankungen: _____

Haben sie Allergien?

Nein Ja, _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

Nein Ja, _____

Aktuelle Anamnese:

Rauchen Sie? Nein 1-5 Zig./Tag 6-15 Zig./ Tag >16 Zig./ Tag

Trinken Sie Alkohol? nie selten gelegentlich regelmäßig

Nehmen Sie Drogen? nie selten gelegentlich regelmäßig

Welche Drogen? _____

Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

Nein

Ja, mit der jetzigen Partnerin (Im Jahr/ in den Jahren: _____)

Ja, mit einer anderen Partnerin (Im Jahr/ in den Jahren _____)

Nein, ich war schon in einer früheren Partnerschaft ungewollt kinderlos.

Wurden Sie bereits von einem Urologen/ Andrologen (Männerarzt) untersucht?

Nein Ja, mit folgendem Ergebnis: _____

Wurde bei Ihnen eine Sterilisation durchgeführt?

Nein Ja Wann? _____ Wo? _____

Hatten Sie in der Kindheit einen Hodenhochstand? Nein Ja (O rechts links)

Falls ja, Therapie in welchem Alter? _____ Therapie : OP Hormongaben

Hatten oder haben Sie Krampfadern am Hoden (Varizen)? Nein

Ja - Therapie: _____

Die Mitarbeiter des Kinderwunschzentrums repromedicum und der pro Vita GmbH unterliegen analog dem Arzt der Schweigepflicht.

Ich nehme zur Kenntnis, dass das Kinderwunschzentrum repromedicum und die pro Vita GmbH mit der elektronischen Datenverarbeitung arbeiten.

Ich versichere alle Angaben nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben.

X.....
Ort, Datum

X.....
Unterschrift des Patienten

Bitte teilen Sie uns mit, wie Sie auf uns aufmerksam geworden sind:

Urologe / Androloge Hausarzt Internet Bekannte / Freunde

Flyer / Broschüre Sonstiges: _____