



ANAMNESEBOGEN – FRAU

ausgefüllt am: _____

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:	Geburtsname:	Geburtsort:	
Straße, Haus-Nr.:		PLZ, Ort:	
Krankenkasse:		Beruf:	
Telefon-Nr.:		Handy-Nr.:	
E-Mail:		Nationalität:	
Größe:	Gewicht:	Verheiratet mit diesem Partner? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie? ja <input type="checkbox"/> (wieviel) _____ nein <input type="checkbox"/>			
Alkohol: nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/>			

Ihr behandelnder Hausarzt: _____

Ihr behandelnder Frauenarzt/Gynäkologe: _____

Soll nach Abschluss einer Behandlung ein Brief an Ihren Frauenarzt versandt werden? nein ja

Sind Sie gesund? ja nein

Falls nein, welche Erkrankung haben Sie? _____

Bemerkung: _____

<input type="checkbox"/> Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Asthma
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung
<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> Nieren-/Nebennieren-/Lebererkrankung	
Krebserkrankung		
Sonstige Erkrankung:		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Falls ja, welche? _____

Wurde bei Ihnen bereits eine genetische Untersuchung (Chromosomenanalyse) durchgeführt?

nein ja Ergebnis unauffällig Ergebnis auffällig _____

Wurde bei Ihnen bereits ein Test auf Mucoviszidose/cystische Fibrose durchgeführt?

nein ja Ergebnis unauffällig Ergebnis auffällig _____

Genetische Erkrankungen _____

Herz/Kreislaufferkrankungen _____

sonstiges _____



kinderwunschzentrum

STUTTGART

PRAXIS VILLA HAAG

DR. MED. D.B. MAYER-EICHBERGER

Name: _____

Vorname: _____

Die Bestimmung von Anti-HIV-1,2, HBs-Ag, Anti HBc, Anti-HCV-Ab, im Einzelfall auch weitere Untersuchungen wird vom gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien über die künstliche Befruchtung nach den Vorgaben der TPG-Gewebeverordnung (TPG-GewV) in der Änderungen vom 16. Juli 2009 und vom 21. August 2014 gefordert.

In der Verordnung über die Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Entnahme von Geweben und deren Übertragung nach dem Transplantationsgesetz wird in der Anlage 3 festgelegt, welche Laboruntersuchungen und Untersuchungsverfahren erforderlich sind.

Ich bin damit einverstanden, dass neben der Bestimmung des Röteln-Titers sowohl das Blutbild und Basishormonbestimmungen durchgeführt werden als auch auf Hepatitis- und HIV-Infektion untersucht wird. Die Untersuchung auf die Infektionsparameter muss jährlich wiederholt werden.

Die Laboruntersuchung auf eine HIV-Infektion und die Bestimmung des Röteln-Titers werden ggf. nicht oder nicht vollständig von der Krankenkasse übernommen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Ergebnisse eines Behandlungszyklus anonymisiert an das DIR (Deutsches IVF-Register) zur statistischen Erfassung weitergegeben werden.

Bei nicht fristgerechter Bezahlung unserer Rechnungen sind wir mit der Weitergabe von Daten an einen Rechtsanwalt bzw. an ein Inkassounternehmen einverstanden.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben

Stuttgart, den _____

Unterschrift Patientin



ANAMNESEBOGEN – MANN

ausgefüllt am: _____

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Straße, Haus-Nr.:		PLZ, Ort:	
Krankenkasse:		Beruf:	
Telefon-Nr.:		Handy-Nr.:	
E-Mail:		Nationalität:	
Größe:	Gewicht:	Verheiratet mit dieser Partnerin? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie? ja <input type="checkbox"/> (wieviel) _____ nein <input type="checkbox"/>			
Alkohol: nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/>			
Ihr behandelnder Hausarzt: _____			
Ihr behandelnder Urologe: _____			
Sind Sie gesund? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Falls nein, welche Erkrankung haben Sie? _____			
Bemerkung: _____			
<input type="checkbox"/> Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Asthma	
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung	
<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> Nieren-/Nebennieren-/Lebererkrankung		
Krebserkrankung			
Sonstige Erkrankung:			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Falls ja, welche? _____			
Haben Sie muskelaufbauende Substanzen genommen? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Wurde bei Ihnen bereits ein Test auf Mucoviszidose/cystische Fibrose durchgeführt?			
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ergebnis unauffällig <input type="checkbox"/> Ergebnis auffällig _____			
Wurde bei Ihnen bereits eine genetische Untersuchung (Chromosomenanalyse) durchgeführt?			
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ergebnis unauffällig <input type="checkbox"/> Ergebnis auffällig _____			
Wurden Sie schon einmal operiert? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
Was/wann: _____			

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

nein ja _____

Haben Sie Erektionsstörungen?

nein ja

Haben/hatten Sie Hodenverletzungen?

nein ja

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?

nein ja

Hatten Sie einen Hodentumor?

nein ja

Hatten/haben Sie Krampfadern (Varikozele) am Hoden?

nein ja

Hatten Sie Mumps?

nein ja

Gab es Schwangerschaften mit einer früheren Partnerin? nein ja

Wenn ja, Ausgang der Schwangerschaft: _____

Wann war Ihr letzter Besuch beim Urologen? _____

Wurde ein Spermogramm gemacht? nein ja

Wenn ja, wann? _____

Ergebnis: _____

Wurde der Hoden mit Ultraschall untersucht? nein ja

Wenn ja, wann? _____

Ergebnis: _____

Ungeschützter Geschlechtsverkehr seit: _____

Gibt es dabei Probleme? nein ja

Haben Sie sich sterilisieren lassen? nein ja

Gibt es bei den Geschwistern/Eltern/Großeltern chronische Erkrankungen?

nein ja

Ungewollte Kinderlosigkeit _____

Krebserkrankungen _____

Genetische Erkrankungen _____

Herz/Kreislaufkrankungen _____

sonstiges _____



Name:	Vorname:
-------	----------

Die Bestimmung von Anti-HIV-1,2, HBs-Ag, Anti HBc, Anti-HCV-Ab, im Einzelfall auch weitere Untersuchungen wird vom gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien über die künstliche Befruchtung nach den Vorgaben der TPG-Gewebeverordnung (TPG-GewV) in der Änderungen vom 16. Juli 2009 und vom 21. August 2014 gefordert.

In der Verordnung über die Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Entnahme von Geweben und deren Übertragung nach dem Transplantationsgesetz wird in der Anlage 3 festgelegt, welche Laboruntersuchungen und Untersuchungsverfahren erforderlich sind.

Ich bin damit einverstanden, dass sowohl das Blutbild und Basishormonbestimmungen durchgeführt werden als auch auf Hepatitis- und HIV-Infektion untersucht wird. Die Untersuchung auf die Infektionsparameter muss jährlich wiederholt werden.

Die Laboruntersuchung auf eine HIV-Infektion wird ggf. nicht oder nicht vollständig von der Krankenkasse übernommen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Ergebnisse eines Behandlungszyklus anonymisiert an das DIR (Deutsches IVF-Register) zur statistischen Erfassung weitergegeben werden.

Bei nicht fristgerechter Bezahlung unserer Rechnungen sind wir mit der Weitergabe von Daten an einen Rechtsanwalt bzw. an ein Inkassounternehmen einverstanden.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben

Stuttgart, den _____

Unterschrift Patient