

Patientendaten

(Bitte VOLLSTÄNDIG ausfüllen)

Datum:

Frau

Mann

Name, Vorname

Name, Vorname

Geb.-Datum / aktuelles Alter

Geb.-Datum / aktuelles Alter

Frau: Größe cm Gewicht kg

Mann: Größe cm Gewicht kg

Familienstand: Sind Sie **miteinander** verheiratet?

ja nein

Frau: Aktuelle berufliche Tätigkeit

Mann: Aktuelle berufliche Tätigkeit

Grund Ihres Besuches:

Kinderwunsch seit (rglm.Verkehr ohne Verhütung):

Haben Sie gemeinsame Vorfahren / Sind Sie miteinander verwandt? nein ja,

Datum der letzten Krebsvorsorge (**Frau**):

Frau:
Haben Sie eine akute oder chronische Infektion?
 nein ja,

Mann:
Haben Sie eine akute oder chronische Infektion?
 nein ja,

Leiden Sie an Organ- /Stoffwechselerkrankungen (z.B.: Diabetes, Kreislauf, Leber, Nieren, Schilddrüse)?

Bisherige Operationen:

Rauchen Sie? nein ja , Zig./Tag
Alkoholkonsum? nie , selten , regelmäßig
sonstige Drogen? nie , selten , regelmäßig
Haben Sie Allergien/ Überempfindlichkeiten?:

Rauchen Sie? nein ja , Zig./Tag
Alkoholkonsum? nie , selten , regelmäßig
sonstige Drogen? nie , selten , regelmäßig
Haben Sie Allergien/ Überempfindlichkeiten?:

Welche Medikamente/Präparate nehmen Sie regelmäßig?

Frau Zyklusdaten

Erster Tag Ihrer letzten Regel:

1. Blutung im Alter von:

Blutung: regelmäßig, alleTage/ Wochen
 unregelmäßig,.....

Bisherige Verhütung:

keine

Pille bis:

Blutungsdauer:Tage

Spirale bis:

Blutungsstärke: stark mittel schwach

Kondome bis:

Periodenschmerzen: ja nein

Bisherige Unterleibserkrankungen? (z.B. Entzündungen, Endometriose, Myome, Infektionen, OPs):

Bisherige Gynäkologische Operationen? (z.B. Eileiter-, Zysten-, Gebärmutteroperationen):

bitte wenden →

Erstellt / Geändert:	Geprüft:	Freigegeben 09/10
T.J. 11.08 / 9/10	T.J.	Remberg / Tewordt - Thyselius

(Frau)

Waren Sie bereits einmal mit **diesem** Partner schwanger? nein ja

Zahl der Geburten? (Jahr?/Geschlecht?)

Abbrüche? (Jahr?): Eileiterschwangerschaft? (Jahr?):

Fehlgeburten? (Jahr?) Ursache?.....

Waren Sie bereits einmal mit einem **anderen** Partner schwanger? nein ja

Zahl der Geburten? (Jahr?/Geschlecht?)

Abbrüche? (Jahr?): Eileiterschwangerschaft? (Jahr?):

Fehlgeburten? (Jahr?) Ursache?.....

Bisher durchgeführte Kinderwunschbehandlungen:

- Hormonbehandlungen nein ja, AnzahlJahr Arzt: schwanger
- Samenübertragungen nein ja, AnzahlJahr Arzt: schwanger
- „Künstliche“ Befruchtungen (IVF-, ICSI-Behandlungen etc.)
 nein
 ja, Anzahl.....Jahr.....Arzt: schwanger

.....

Partner (Mann)

Haben Sie sich sterilisieren lassen? nein ja
 Sind bei Ihnen Infektionen oder Erkrankungen der Geschlechtsorgane bekannt? nein ja:

Infektionen (u.a. Mumps)?: Wann?

Urogenital-Operationen/-Verletzungen? : Wann?

urogenitale Krampfadern? Leistenbruch? Wann?

Potenz-/Ejakulationsprobleme? Hodenhochstand? Wann?

Wurde bereits eine Samenuntersuchung durchgeführt? nein ja, Datum:

Welcher Arzt?..... **Befund:** normal auffällig:

Wieviele Schwangerschaften haben Sie bereits gezeugt ? Wann zuletzt?

Haben Sie bereits Kinder aus dieser Partnerschaft? nein ja,

Haben Sie Kinder aus einer früheren, **anderen** Partnerschaft? nein ja,

Familienanamnese (Frau und Mann)

Gab/gibt es in Ihrer Familie Verwandte mit Fruchtbarkeits-Problemen / ungewollter Kinderlosigkeit?

Frau:

Mann:

Gab/gibt es in Ihrer Familie Angehörige mit Fehlbildungen und/oder genetischen Auffälligkeiten?

Frau:

Mann:

Sehen Sie Alternativen zum eigenen Kind (z.B. Adoption, Kinderlosigkeit)?

bitte wenden →

Erstellt / Geändert:	Geprüft:	Freigegeben 09/10
T.J. 11.08 / 9/10	T.J.	Remberg / Tewordt - Thyselius

(Bitte vollständig und gut lesbar ausfüllen)

Datum:

	FRAU	MANN
Nachname		
Vorname		
Geb.-Datum		
Strasse PLZ Wohnort		
Nationalität Staatsbürgerschaft		
Telefon		
Telefon mobil		
Telefon beruflich		
email		
Krankenkasse		
Anlass des Besuches		
Berufliche Tätigkeit		
Frauenarzt Name Adresse Tel.		Urologe Name
Hausarzt/ Name		
Adresse/Tel.		

Kontakt/ Empfehlung über: Gynäkologe
 Hausarzt
 Persönliche Empfehlung von Internet Praxisschilder Gelbe Seiten

Kinderwunschzentrum am Innsbrucker Platz Remberg/ Dr. Tewordt - Thyselius Hauptstr. 65 • 12159 Berlin	Qualitätsmanagement-Handbuch Patienteninformation Patientendaten/Bluttest/Identität	Dokument: Seite: - 1 von 1 - Revision: 5/18
--	---	---

Einverständniserklärung Datenschutz / Bluttests/ Identitätsnachweis

Im Kinderwunschzentrum am Innsbrucker Platz (Remberg/Dr.Tewordt-Thyselius) werden sämtliche Patientendaten mittels EDV verarbeitet. Zur Qualitätssicherung in der Fortpflanzungsmedizin müssen manche Behandlungsdaten anonymisiert an die Bundesgeschäftsstelle des Deutschen IVF-Registers (D.I.R.) weitergegeben werden.

Die Richtlinien des Datenschutzes werden dabei von allen beteiligten Stellen beachtet.

Bei weitergehenden Behandlungen (Samenübertragungen, IVF, Embryotransfer, Einfrierlagerung) ist die tagesaktuelle Vorlage eines **gültigen, amtlichen Lichtbildausweises** (Personalausweis, Reisepass) zwingend erforderlich, von **Frau und Mann**.

Die jeweiligen Behandlungsvereinbarungen können als persönliche Vertragsunterlagen vom Patienten selbst kopiert werden.

Gemäß den medizinischen Richtlinien für eine Assistierte Befruchtungs-Behandlung ist es notwendig, vor Behandlungsbeginn bei beiden Partnern Bluttests für **HIV, Hepatitis B und Hepatitis C** durchzuführen.

Erklärung

Als Patienten sind wir mit der obengenannten Datenverarbeitung einverstanden. Weiterhin sind wir mit der Übermittlung unserer Patientendaten und Befunde an Personen wie mitbehandelnde Ärzte und Praxispersonal, soweit notwendig, einverstanden. Auch der Entgegennahme persönlicher Befunde durch die genannten Personen stimmen wir zu.

Wir haben zur Kenntnis genommen, dass bei allen Samenübertragungen, IVF-Behandlungen, Embryoübertragungen, Einfrierlagerungen usw. die Vorlage eines gültigen, amtlichen Lichtbildausweises (Personalausweis oder Reisepass) zwingend erforderlich ist. Wir werden die notwendigen Dokumente bereithalten und sind damit einverstanden, dass unsere Ausweise zur Identifikation während der Behandlung einmalig kopiert werden. Kopien der Verträge fertigen wir bei Bedarf selbst an.

Weiterhin erklären wir uns bereit, vor Behandlungsbeginn aktuelle Blutbefunde zum Infektionsstatus für HIV, Hepatitis B und Hepatitis C vorzulegen bzw. die entsprechenden Bluttests durch die Praxis durchführen zu lassen.

Da es sich um eine gemeinsame Beratung/Behandlung von uns als Paar handelt, entbinden wir Frau Remberg, Frau Dr. Tewordt-Thyselius, die in der Praxis arbeitenden Kolleginnen sowie das Praxispersonal von der ärztlichen Schweigepflicht gegenüber unserem Ehepartner/in bzw. Lebenspartner/in.

Wir können diese Einwilligung jederzeit widerrufen.

(Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

Patientin:.....
(Name, Vorname Geb.-Datum)

Patient:.....
(Name, Vorname Geb.-Datum)

Der Erklärung stimmen wir ausdrücklich zu. Ein Kopie des Vertrages haben wir erhalten.

.....
(Unterschrift Patientin)

.....
(Unterschrift Patient)

Berlin/Datum

Erstellt / Geändert	Geprüft: 05/18	Freigegeben: 05/18
T.S. 05/18	T.S.	Remberg / Tewordt - Thyselius