

Fragebogen: Kinderwunsch

Den Fragebogen „**Kinderwunsch**“ benutzen Sie bitte bei Planung einer Schwangerschaft. Dieser Fragebogen richtet sich **nur an Fachkreise, z.B. Ärzte/innen, Apotheker/innen, Hebammen**. Mit einem Sternchen * gekennzeichnete und farblich unterlegte Felder müssen ausgefüllt werden.

Adresse

*Anrede, Titel: *Vorname:

*Nachname:

Fachrichtung:

Klinik/Praxis:

*Straße, Hausnummer:

*Postleitzahl: *Ort:

Land oder Bundesland:

*Telefon mit Vorwahl: –

Fax mit Vorwahl: –

*E-Mail-Adresse:

Patientin

*Vorname (mindestens Initiale): Anrede, Titel:

*Nachname (mindestens Initiale): *Geburtsdatum:

Medikamente

Bitte listen Sie alle Medikamente mit Behandlungsgrund und Anwendungszeitraum auf. Falls eine Therapie geplant ist, geben Sie als Anwendungszeitraum „geplant“ an. Falls Sie die Dosis nicht kennen, geben Sie „unbekannt“ an.

Medikament	Behandlungsgrund	Verabreichungsform z.B. oral (Tablette)	Zeitraum der Anwendung von ... bis ...	Dosis

Raum für konkrete Fragen:

.....

Aktuelle Anamnese

Körpergröße in cm: Gewicht in kg:

Kinderwunschbehandlung nein ja geplant Welche:

Folsäure nein ja geplant

Rauchen nein ja Anzahl Zigaretten pro Tag:

Alkohol nein ja Wie viel und wie häufig:

Drogen nein ja Welche und wie häufig:

Wenn Sie eine der Fragen mit „ja“ beantwortet haben, bitten wir Sie um nähere Informationen:

Frühere Schwangerschaften

*Frühere Schwangerschaften nein ja unbekannt

Anzahl:

- Davon waren: lebend geborene gesunde Kinder
 lebend geborene Kinder mit angeborenen Erkrankungen
 Fehlgeburten
 Extrauterinschwangerschaften
 Totgeburten
 Schwangerschaftsabbrüche

Details zu früheren Schwangerschaften:

Abschicken

(Bitte kreuzen Sie eine der folgenden Optionen an und akzeptieren Sie die Datenschutzvereinbarung.)

- *Beratungsoptionen Ich bin leicht und direkt per Telefon unter oben angegebener Nummer erreichbar und bitte um Rückruf. **Bitte haben Sie Verständnis dafür, dass wir Ihren Rückruf erwarten, wenn wir Sie innerhalb von 24 Stunden telefonisch nicht erreichen konnten.**
- Ich melde mich selber zu den Sprechzeiten Mo-Fr 9:00 – 12:30 Uhr und (außer mittwochs) 13:30 – 16:00 Uhr.
- Ich wurde bereits beraten und reiche hiermit fehlende Angaben nach.

*Datenschutzvereinbarung Ich werde den Informationsbogen unter www.embryotox.de/datenschutz.html an die Patientin weiterleiten.

*Ort, Datum, Unterschrift: