



## Anamnesefragebogen Patient

Sehr geehrter Patient! Bitte füllen Sie den Fragebogen möglichst vollständig und leserlich aus!

Name:	
Vorname:	
Straße:	
PLZ /Ort:	
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail:	
Beruf	
Krankenversicherung:	

Wer ist Ihr/e behandelnde/r Urologe/Urologin?

\_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg und Größe: \_\_\_\_\_ cm

Haben Sie Allergien?

Ja  Nein

falls ja, welche?

\_\_\_\_\_

Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?

Ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_  Nein  
falls ja wie war das Ergebnis?  Normal  auffällig

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

Ja  Nein

wann zuletzt? \_\_\_\_\_

unauffällig  auffällig

Rauchen Sie?  Nein

Ja, Anzahl Zigaretten pro Tag \_\_\_\_\_

E-Zigarette  Shisha

Konsumieren Sie weitere Genussmittel?

Ja, welche? \_\_\_\_\_  Nein  
wie häufig? \_\_\_\_\_

Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?

Ja  Nein

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

\_\_\_\_\_

Keine

Haben Sie Vorerkrankungen?  Nein

Ja, welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

Nein

Ja, mit jetziger Partnerin

Ja, mit früherer Partnerin

Nach einer Kinderwunschbehandlung?

Ja  Nein

Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?

Ja  Nein

Hatten Sie eine Hodenverletzung?

Ja, wann? \_\_\_\_\_  Nein

falls ja, welche Therapie erfolgte?

\_\_\_\_\_

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?

Ja, links  Ja, rechts  Nein

Wann? \_\_\_\_\_

falls ja, welche Therapie erfolgte?

keine  Hormongaben  Operation

Hatten Sie eine Entzündung der Hoden?

Ja, wann? \_\_\_\_\_  Nein

falls ja, welche Therapie erfolgte?

\_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Hoden-Tumor?

Ja, links  Ja, rechts  Nein

falls ja, wann? \_\_\_\_\_

Welche Therapie erfolgte?

\_\_\_\_\_

Haben Sie Erektionsstörungen?

Ja  Nein

Haben Sie sich sterilisieren lassen?

Ja, wann? \_\_\_\_\_  Nein

Hatten Sie Krampfadern am Hoden?

Ja, links  Ja, rechts  Nein

Gab es andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?

Ja, wann? \_\_\_\_\_  Nein

falls ja, welche?

\_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

Mit der Angabe Ihrer E-Mailadresse geben Sie Ihr Einverständnis zu einem unverschlüsselten E-Mail-Kontakt.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Vielen Dank 😊!



# Kinderwunschzentrum Münster

## Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Vorname, Name Patient: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Diese Einwilligung wird für folgende Behandlungen(-Verträge) erteilt: (Unzutreffendes bitte streichen)

- Blutentnahmen
- Spermiogramm
- Kryokonservierung

Im Rahmen dieser Einwilligung bin ich damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern der Praxis offengelegt werden, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass alle Mitarbeiter zur Verschwiegenheit verpflichtet sind und eine Verschwiegenheitserklärung unterschrieben haben.

Ich erkläre mich einverstanden, dass eine Kopie meines Personalausweises (entsprechend § 5 TPG) in der Akte hinterlegt werden darf.

Meine Daten dürfen im Rahmen der Zweckbestimmung unter Beachtung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Regelungen an mich und an Dritte, z. B. Kostenträger, Gynäkologen, Hausärzte, Ehepartner bzw. Lebensgefährten/in auch unverschlüsselt per E-Mail und SMS übermittelt werden. Ebenso darf das MVZ zu Statistikzwecken die Daten zu einer im Rahmen der Kinderwunschbehandlung entstandenen Schwangerschaft und deren Verlauf bei meinem behandelnden Gynäkologen erfragen.

Die Weitergabe von Behandlungsdaten an die zuständigen Kreis- und Landesbehörden, Apotheken, Ärztekammer und an das Deutsche IVF-Register (D.I.R.), die zum Teil auch gesetzlich vorgeschrieben ist, geschieht in **anonymisierter/pseudonymisierter** Form. Spezielle medizinische Details dürfen in fachlichen Publikationen verwendet werden.

Es wird sichergestellt, dass alle Daten im Falle einer Schließung der Praxis weiterhin nach den gesetzlichen Aufbewahrungsfristen abrufbar sind.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift Patient)