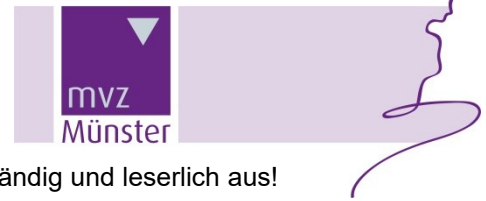


Anamnesefragebogen Patient ♂



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 behandelnder Urologe?

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
 Normal auffällig

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

Ja Nein
wann zuletzt? _____
 unauffällig auffällig

Rauchen Sie?

Ja, Anzahl Zigaretten pro Tag _____ Nein
 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?

Ja, welche? _____

Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

Ja, mit jetziger Partnerin Nein
 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 _____



Kinderwunschzentrum Münster
Schwerpunkt für gynäkologische Endokrinologie,
Reproduktionsmedizin und Andrologie

Dr. med. Caroline Niehoff
Prof. Dr. med. Axel Kamischke
Dr. med. Birgit Schönfeld
Dr. med. Wiebke Thomas
Fachärzte für Gynäkologie & Geburtsmedizin
Reproduktionsmedizin | Endokrinologie | Andrologie

Monika Ewert-Rühl
Dr. rer. nat. Martin Pfeiffer
Alexandra Beune
Reproduktionsbiologie



Einverständniserklärung zur Datenweitergabe

Name des Patienten / Mann, Geb.-Datum: _____

Mit der Blutentnahme für Hepatitis B und C und einen HIV-Test bin ich einverstanden.

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

- Blutentnahmen
- Mikrobiologische Untersuchungen
- Spermiogramm
- Ultraschall
- 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 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