Patienten-Fragebogen zur Sterilitätsbehandlung: Partner

Personalien

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |  | Beruf |  |
| Strasse |  | PLZ / Ort |  |
| Telefon |  | E-Mail |  |

Fertilitätsanamnese

|  |  |
| --- | --- |
| Seit wann sind Sie mit Ihrer Partnerin zusammen? |  |
| Familienstand? |  |
| Seit wann besteht der Kinderwunsch? |  |
| Haben Sie bereits Kinder? | ja  nein |
| Wurden Sie auf Ihre Zeugungsfähigkeit untersucht? | ja  nein |
| Wenn ja wann? |  |
| Name und Adresse des Arztes |  |
| Wie war das Ergebnis?  (Unterlagen bitte mitsenden) | zeugungsfähig  eingeschränkt zeugungsfähig  nicht zeugungsfähig |
| Welche Behandlung wurde durchgeführt? |  |
| Wie häufig haben Sie Geschlechtsverkehr? | Durchschnittlich    Mal  pro Woche  pro Monat |

Persönliche Anamnese

|  |  |
| --- | --- |
| Sind Sie gesund?  Wenn nein: Welche schweren Krankheiten haben Sie durchgemacht? | ja  nein |
| Wurden Sie schon einmal/mehrmals operiert?  Wenn ja: Welche Operationen und wann? | ja  nein |
| Haben Sie Geschwister?  Wenn ja: Wie viele? | ja  nein |
| Bestehen schwere Krankheiten in der Familie?  Wenn ja: Welche? | ja  nein |
| Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?  Wenn ja: Welche? | ja  nein |
| Haben Sie Allergien? (inkl. gegen Medikamente, Nahrungsmittel, Latex, Desinfektionsmittel etc.)  Wenn ja: Welche? | ja  nein |

Sozialanamnese

|  |  |
| --- | --- |
| Was ist Ihre berufliche Tätigkeit? |  |
| Reisen Sie viel (Abwesenheit von zu Hause)? |  |
| Wie fühlen Sie sich in der jetzigen Lebenssituation? | gut ausgelastet  eher überlastet  eher unterfordert |
| Waren Sie schon einmal in psychotherapeutischer Behandlung?  Wenn ja:  Von wann bis wann? | ja  nein |
| Name und Adresse des Therapeuten: |  |