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: |                      |