

**Dres. med. T. Engemann, T. Franke, H.-J. Heiland, S. Kalb**  
Fachärzte für Urologie, 90762 Fürth, R.-Breitscheidt-Str. 35 a

## Erhebungsbogen für Patienten mit Kinderwunsch

**Telefonnummer:**

**Hausarzt:**

**Beruf:**

**Körpergröße:**

**Gewicht:**

**Seit wann besteht der Kinderwunsch?**

**Name und Geb.-Datum Partnerin:**

**Haben Sie / Ihre Partnerin schon Kinder?**

**Sind Sie bereits in einem Kinderwunschzentrum?**

**Gibt es Vorherige Untersuchungen/Befunde?**

**Aktuelle Medikamente:** (z.B. Herz-ASS, Zucker-, Schilddrüsen-, Blutdruck-, Antibiotika-, Hormonpräparate)

**Chronische Erkrankungen** (z. B. Gicht, Rheuma, Diabetes, Bluthochdruck, Tumorerkrankungen, HIV)

**Bisherige Operationen** (insbesondere Bauch- oder urologische Vor-OP)

**Allergien gegen:**

**Kontrastmittel oder Jod**

ja

nein

**Medikamente** (ggf.welche)

ja

nein

Ich habe eine private Zusatzversicherung:

**ambulant**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten praxisintern allen Mitarbeitern zugänglich sind, sofern dies zu meiner Behandlung erforderlich ist. Ich bin mit der elektronischen Datenspeicherung und ggf. Übermittlung meiner Behandlungsdaten an zuweisende oder mitbehandelnde Ärzte einverstanden.

**Datum** \_\_\_\_\_

**Unterschrift** \_\_\_\_\_