

## WIF Stammdatenblatt

### Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer / Krankenkassa

Familienstand

Staatsbürgerschaft

Geburtsname/-ort

Adresse

Plz/Ort

Land

Fax

E-Mail

Tel. Nr. (privat)

Tel.Nr. (mobil)

Facharzt (Gynäkologe)

Beruf

Tel.Nr. (Beruf)

Dienstgeber

Adresse (Beruf)

Plz/Ort (Beruf)

Größe/Gewicht

**Nikotin** \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag; **Alkohol** \_\_\_\_\_ Gläser/Tag

**Blutgruppe**

**Allergien** (Penicillin, Aspirin, Pollen, Nahrungsmittel....)

**Medikamente:** Blutdruck-, Blutgerinnungshemmende-,  
Schilddrüsen-, Haarwuchs-mittel, Antidepressiva, Vitamine

**sonstige Erkrankungen** (Diabetes, Bluthochdruck,  
Thrombose, Krebs ..)

**Familienanamnese** (Mutter, Vater, Geschwister): Schlaganfall,  
Herzinfarkt, Thrombose, Krebs, sonstiges

### Mann

Name

Vorname

Geburtsdatum

Sozialversicherungsnummer / Krankenkassa

Familienstand

Staatsbürgerschaft

Geburtsname/-ort

Adresse

Plz/Ort

Land

Fax

E-Mail

Tel. Nr. (privat)

Tel.Nr. (mobil)

Facharzt (Gynäkologe)

Beruf

Tel.Nr. (Beruf)

Dienstgeber

Adresse (Beruf)

Plz/Ort (Beruf)

Größe/Gewicht

**Nikotin** \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag; **Alkohol** \_\_\_\_\_ Gläser/Tag

**Blutgruppe**

**Allergien** (Penicillin, Aspirin, Pollen, Nahrungsmittel....)

**Medikamente:** Blutdruck-, Blutgerinnungshemmende-,  
Schilddrüsen-, Haarwuchs-mittel, Antidepressiva, Vitamine

**sonstige Erkrankungen** (Diabetes, Bluthochdruck,  
Thrombose, Krebs ..)

**Familienanamnese** (Mutter, Vater, Geschwister): Schlaganfall,  
Herzinfarkt, Thrombose, Krebs, sonstiges

verheiratet seit: \_\_\_\_\_ oder Lebensgemeinschaft seit: \_\_\_\_\_ Kinderwunsch seit: \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam (Arzt, Internet, Freunde; etc.)?: \_\_\_\_\_

### Zyklus:

Erste Regel: mit \_\_\_\_\_ Jahren, Zykluslänge: \_\_\_\_\_ Tage, Blutungsdauer: \_\_\_\_\_ Tage  
(1. Regeltag bis nächster 1. Regeltag)

Letzte Regel: Beginn am \_\_\_\_\_, Schmierblutung vor der Regelblutung:      nein      ja

Schmerzen während der Regelblutung:      stark      schwach      keine

Regelblutung:      stark      schwach

Medikamente während der Regelblutung: \_\_\_\_\_

Schwangerschaften: (Jahr / Geschlecht)

1 _____	spontane Entbindung	Kaiserschnitt	Fehlgeburt	Eileiterschwangerschaft	Abbruch
2 _____	spontane Entbindung	Kaiserschnitt	Fehlgeburt	Eileiterschwangerschaft	Abbruch
3 _____	spontane Entbindung	Kaiserschnitt	Fehlgeburt	Eileiterschwangerschaft	Abbruch

### Operationen: (mit Jahresangabe)

Unterleib      nein      ja \_\_\_\_\_

Blinddarm      nein      ja \_\_\_\_\_ Brust      nein      ja \_\_\_\_\_ Bestrahlungen      nein      ja

Seelische Belastungen:      nein      ja, \_\_\_\_\_  
wegen      Kinderwunsch      Partnerschaft      beruflich      andere Gründe

### Mann:

Kinder aus vorhergehenden Beziehungen:      nein      ja

Bisherige urologische Erkrankung: \_\_\_\_\_

Bisherige Abklärung/Kinderwunschbehandlungen: \_\_\_\_\_

Mit meiner Unterschrift nehme ich Folgendes zur Kenntnis und stimme dem zu: Zutreffendes bitte ankreuzen

Meine Angaben wurden richtig und vollständig gemacht

Meine Daten werden elektronisch erfasst und dürfen hausintern statistisch ausgewertet werden

Mein Fach- bzw. Praktischer Arzt darf von Fr. Dr. Stroh-Weigert über meine Behandlung informiert werden

Mein Partner und ich bekommen telefonische/elektronische Auskunft betreffend der Behandlung

Datum: \_\_\_\_\_ Frau \_\_\_\_\_ Herr \_\_\_\_\_

Herzlichen Dank!

\*Pflichtfelder