



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