

Terminanfrage für NeupatientInnen



PatientIn:

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	Hausnummer
PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon dienstlich
Mobil	E-Mail
Name der Krankenversicherung	Beihilfe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beruf	

Ehe-/PartnerIn:

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geburtsort
Straße	Hausnummer
PLZ	Wohnort
Telefon privat	Telefon dienstlich
Mobil	E-Mail
Name der Krankenversicherung	Beihilfe <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Beruf	

Sind Sie miteinander verheiratet? nein ja	Haben Sie bereits gemeinsame Kinder? nein ja
---------------------------------------------------	------------------------------------------------------

Seit wie vielen Jahren besteht aktiver Kinderwunsch (d.h. Zyklen mit ungeschütztem Geschlechtsverkehr)?
 Jahre und Monate

Wie ist die Zykluslänge? Zeitraum vom 1. Tag der Blutung bis zum Beginn der nächsten Blutung: Tage

Um Ihren Termin besser planen zu können, geben Sie bitte nachstehend die gewünschte Terminart an:
 Diagnostik/Beratung / Behandlung bei unerfülltem Kinderwunsch
 Falls bereits Hormonwerte abgenommen wurden, geben Sie uns bitte die ermittelten Werte an:
 AMH-Wert: Datum ng/ml FSH-Wert: Datum ng/ml
 Bereits diagnostizierte Endometriose
 Verdacht auf Eileiterverschluss
 Eingeschränktes Spermogramm
 Social Freezing
 Präimplantationsdiagnostik (PID) - hierbei bitten wir um Vorlage des genetischen Gutachtens
 Abklärung Einnistungsversagen vor weiterer Kinderwunschbehandlung in unserem Kinderwunschzentrum
 Wiederholte Fehlgeburten (Anzahl der mit Ultraschall nachgewiesenen Schwangerschaften:)
 Sonstiges:

Erfolgten bereits diagnostische Voruntersuchungen oder Behandlungen in einem anderen Kinderwunschzentrum?
 nein ja, bitte geben Sie uns nachfolgend weitere Angaben hierzu:

Überweisende/-r / behandelnde/-r Frauenärztin/Frauenarzt:

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Überweisende/-r / behandelnde/-r Urologin/Urologe:

Name	Vorname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

FreundInnen/Bekannte Frauenarzt/Frauenärztin Urologe/Urologin Internet
 Sonstiges: _____

Bitte schicken Sie uns den vollständig ausgefüllten Terminanfragebogen zu und wir setzen uns für die Terminvereinbarung mit Ihnen in Verbindung. Nutzen Sie hierfür eine der unterstehenden Kontaktmöglichkeiten (per Post, per Fax, oder als Anhang per Mail). Danke!

Mit dem Zusenden dieses Terminanfragebogens willige ich ein, dass das KCM die hierin angegebenen personenbezogenen Daten speichert und im Rahmen der Terminvergabe nutzt.