

Überörtliche Gemeinschaftspraxis

 Dr. med. Susanne Wohlers
 Prof. Dr. med. Peter Bielfeld
 Najib N. R. Nassar
 Dr. med. Nora Holtmann

Hauptbetriebsstätte:

 Akazienallee 8-12, **45127 Essen**
 Fon: 0201. 29 4 29-0 Fax: 0201. 29 4 29-14

Nebenbetriebsstätte:

 Friedrich-Wilhelm-Straße 71, **47051 Duisburg**
 Fon: 0203. 71 39 58-0 Fax: 0203 / 71 39 58-15

 Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe,
 gyn. Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

info@ivfzentrum.de
www.ivfzentrum.de

Patienten-Erhebungsbogen

Patient/in

Name (name)	Vorname (surname)	
Geboren am (day of birth)	Geburtsort (place of birth)	Geburtsname (maiden name)
PLZ, Wohnort (postcode, place of residence)	Straße (address)	
Telefon (phone)	E-Mail@	
Beruf (occupation)		
Krankenversicherung (Health insurance)	Entfernung Wohnort → Praxis	(in km)

Partner/in

Name (name)	Vorname (surname)	
Geboren am (day of birth)	Geburtsort (place of birth)	Geburtsname (maiden name)
PLZ, Wohnort (postcode, place of residence)	Straße (address)	
Telefon (phone)	E-Mail@	
Beruf (occupation)		
Krankenversicherung (health insurance)	Entfernung Wohnort → Praxis	(in km)

Familienstand:	<input type="checkbox"/> miteinander verheiratet seit: _____	<input type="checkbox"/> ledig, ohne feste Partnerschaft
	<input type="checkbox"/> ledig, in fester Lebensgemeinschaft	<input type="checkbox"/> Frau/Partner/in mit anderer Person verheiratet / in Trennung lebend

Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches bereits in ärztlicher Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besonderheiten bitte unter Sonstiges eintragen.		

Sie wünschen:	<input type="checkbox"/> Beratungsgespräch	<input type="checkbox"/> Samenübertragung - Ehemann/Partner
	<input type="checkbox"/> Weitere Diagnostik	<input type="checkbox"/> Spendersamenbehandlung
	<input type="checkbox"/> Einfrieren von Keimzellen/-gewebe zum Erhalt der Fruchtbarkeit <input type="checkbox"/> vor keimzellschädigender Therapie <input type="checkbox"/> ohne medizinische Indikation	<input type="checkbox"/> In-vitro-Fertilisation (IVF/ICSI)
Sonstiges:		

Behandlung gewünscht in:	<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/> Duisburg
---------------------------------	--------------------------------	-----------------------------------

In Vorbereitung auf Ihr Erstgespräch benötigen wir neben den hier angegebenen Daten weitere Angaben zu Ihrer medizinischen Vorgeschichte. Diese Daten können Sie bequem in unserem **Online-Patientenportal** erfassen. Den Zugang zum Online-Patientenportal erhalten Sie, sobald uns dieser ausgefüllte Erhebungsbogen mit der Einwilligung zur Nutzung des Online-Patientenportals vorliegt.

Bitte alle wichtigen medizinischen Unterlagen (inkl. früherer Samenbefunde) und OP-Berichte vor dem Gesprächstermin als Kopie einreichen! Sie können die Unterlagen auch gerne über das Online-Patientenportal sicher hochladen.

Ich möchte einen Einladungslink zum Online-Patientenportal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	(Falls nein, bitte Anamnesebogen und Einwilligung zum Datenschutz auf unserer Website im Downloadbereich herunterladen, ausfüllen und per Post oder per E-Mail an uns zurücksenden.)
---	-----------------------------	-------------------------------	--

Die hier angegebenen persönlichen Daten werden für die Vorbereitung einer Terminvereinbarung erfasst. Mit Ihrer Unterschrift willigen Sie in die Verarbeitung dieser Daten zwecks Terminvergabe ein. Falls Sie Ihre Daten unverschlüsselt per E-Mail an uns zurücksenden sollten, weisen wir Sie hiermit darauf hin, dass es sich dabei um eine unsichere Datenübertragung handelt.

Datum

Unterschrift Patientin

Unterschrift Partner/Partnerin