



## **Liebes Kinderwunschpaar,**

herzlich willkommen in unserem Kinderwunschzentrum!

Zu Beginn Ihrer Kinderwunschbehandlung in unserer Praxis, möchten wir Ihnen nachfolgend einige nützliche Hinweise und Informationen geben.

**Bitte wenden Sie sich bei Fragen und Terminvereinbarungen an uns:  
Tel: 0511 – 31 30 95**

**Mitteilungen, Befunde und Terminänderungen sind auch per Fax möglich:  
Fax: 0511 – 31 30 96**

**Außerdem besteht für Sie die Möglichkeit, uns jederzeit unter der nachfolgenden  
E-Mail Adresse, eine Nachricht zu senden:  
[info@team-kinderwunsch-hannover.de](mailto:info@team-kinderwunsch-hannover.de)**

**Besuchen Sie uns auf unserer Homepage:  
[www.team-kinderwunsch-hannover.de](http://www.team-kinderwunsch-hannover.de)**

Bitte informieren Sie uns - auch im Interesse der anderen Patientinnen – unbedingt telefonisch, wenn Sie Ihren Termin nicht einhalten können.

Geben Sie uns bitte Ihre Telefonnummer, sowie möglichst Ihre Handynummer und Ihre E-Mail-Adresse bekannt, da wir gerne auf die Möglichkeit zurückgreifen, Sie per SMS oder E-Mail zu informieren, um Sie im Bedarfsfall erreichen zu können und somit optimal zu informieren.

Bei Erstvorstellungen bzw. Beratungsgesprächen für die Bestimmung der Therapiemodalitäten, ist die Anwesenheit des Partners zu empfehlen, um gemeinsame Entscheidungen treffen zu können.

**Wir wünschen Ihnen viel Glück und Erfolg,  
auf dem Wege zur Erfüllung Ihres Kinderwunsches!**

***Ihr Dr.med. N. Saymé  
und das Team vom Kinderwunsch Hannover***



## Beratungsgespräch

Wir empfehlen Ihnen, vor Ihrem ersten Beratungsgespräch, an einem unserer Praxisinternen Informationsabenden teilzunehmen. Aktuelle Termine finden Sie z.B. auf unserer Homepage ([www.team-kinderwunsch-hannover.de](http://www.team-kinderwunsch-hannover.de)).

### Bringen Sie zu Ihrem ersten Beratungsgespräch bitte folgende Papiere mit:

- ✓ Krankenkassen-Versicherungskarte
- ✓ Personalausweise (bei Privatversicherten)
- ✓ Überweisung vom Facharzt für Gynäkologie bzw. Allgemeinmediziner der Frau
- ✓ Überweisung vom Urologen bzw. Allgemeinmediziner des Mannes
- ✓ gynäkologische Befunde **in Kopie**
- ✓ aktueller Röteln-Titer der Frau
- ✓ urologische Befunde **in Kopie**
- ✓ die ausgefüllten Fragebögen (Frau & Mann)
- ✓ Einverständniserklärung EDV-Erfassung
- ✓ Entbindung der Schweigepflicht
- ✓ evtl. vorherige OP-Berichte
- ✓ evtl. Erbgutanalyse

### Was können Sie allgemein für sich tun?

- ✓ ausgewogene, vitaminreiche Ernährung
- ✓ Flüssigkeitsaufnahme von ca. 2,5 Liter tgl.
- ✓ regelmäßige Bewegung
- ✓ Ergänzung von Folsäure
- ✓ ausreichend Schlaf
- ✓ nur wenig Kaffee, schwarzen Tee und Alkohol
- ✓ Nikotinfreiheit anstreben und erzielen

**Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!**

***Ihr Dr.med. N. Saymé  
und das Team vom Kinderwunsch Hannover***



## Fragebogen für die Frau

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Nationalität: .....

Familienstand: .....

Straße: ..... PLZ/Ort : .....

Telefon Nr.: ..... Handy Nr.: .....

E-Mail- Adresse: .....

Beruf: .....

Wie lange dauert Ihr Anfahrtsweg zur Praxis? ..... Minuten

### Angaben zum Partner:

Name: ..... Vorname: .....

Geburtsdatum: ..... Nationalität: .....

### Anamnese

Größe: ..... cm Gewicht: ..... kg

Rauchen Sie?      nein       ja  , ..... Zigaretten/Tag

Welche Blutgruppe haben Sie? (falls bekannt ) .....

Haben Sie Allergien? .....

Nehmen Sie Medikamente ein? .....

Sind/waren Sie regelmäßig schädlichen Stoffen, Dämpfen oder Strahlen ausgesetzt?

nein       ja  , welchen.....

### Impfstatus:

MMR (Masern, Mumps, Röteln)      nein       ja

Varizellen (Windpocken)      nein       ja

Pertussis (Keuchhusten)      nein       ja

Bitte legen Sie uns VOR der Kinderwunsch-Behandlung ein aktuelles Ergebnis des Röteln-Titers vor, da wir die entsprechende Blutuntersuchung ansonsten vornehmen!



**Wurden bisher Operationen bei Ihnen durchgeführt?** (Bitte OP-Berichte beifügen!)

Wann ?	Wo ?	Welche Operation ?

**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

- Diabetes (Zuckerkrankheit):            nein             ja   
Bluthochdruck:                            nein             ja   
Thrombosen:                                nein             ja   
Krampfadern:                                nein             ja   
Migräne:                                        nein             ja   
Epilepsie (Krampfleiden):            nein             ja   
Schilddrüsenerkrankungen:        nein             ja   
Hepatitis C (Lebererkrankung):    nein             ja   
HIV / AIDS:                                    nein             ja

Andere Erkrankungen: .....

**Monatszyklus:**

Wann begann Ihre letzte Regelblutung?.....

Wie viele Tage dauert Ihre Regelblutung durchschnittlich? .....Tage

Haben Sie Schmerzen vor oder während der Blutung? nein  ja , davor , danach

Wie lang ist Ihr Zyklus?            Zwischen ..... und ..... Tagen  
(Zeitraum vom 1.Tag der Regelblutung bis zum letzten Tag vor der nächsten Regelblutung.)

Ist Ihr Zyklus regelmäßig?            nein             ja

Wann wurde bei Ihnen die letzte Krebsvorsorge durchgeführt? .....(Monat/Jahr)

Haben Sie bereits eine Basaltemperaturkurve geführt? nein  ja   
(Temperatur vor dem Aufstehen)

Steigt die Temperatur in der 2. Zyklushälfte?    nein  ja

**Schwangerschaften und Geburten:** (Bitte Zutreffendes ankreuzen X)

Jahr	Geburt	Abort	Abbruch	EU (Eileiter- SS)	dieser Partner	KiWu Behandlung
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten: .....

.....

KiWuMappe\_neu\_02





**Bisherige Sterilitätstherapie:**

Seit wann besteht Ihr Kinderwunsch? ..... (Monat/Jahr)

Waren Sie wegen Ihres Kinderwunsches schon in Behandlung bei einem anderen Arzt?        nein         ja

Wann ?	Wo ?	Welche Behandlung ?

Besonderheiten: .....

Stimulation mit Tabletten (z.B. Clomifen-Tbl.)?        nein         ja   
 Stimulation mit Spritzen?        nein         ja   
 Trat eine Überstimulation auf (OHSS)?        nein         ja   
 Neigen Sie zu ovarieller Zystenbildung:        nein         ja   
 Ist bei Ihnen schon einmal die Eileiterdurchgängigkeit untersucht worden?        nein         ja

falls ja, mittels  Röntgendiagnostik  
 Bauchspiegelung  
 Echovist (Kontrastmittel-Ultraschall)  
 mit welchem Ergebnis? .....

**Familienanamnese:**

Treten in Ihrer Familie besondere Erkrankungen auf?  
 .....  
 .....

Besteht zwischen Ihnen und Ihrem Partner ein Verwandtschaftsverhältnis?        nein         ja   
 Finden sich in Ihrer Familie eineiige Zwillinge?        nein         ja   
 Treten in Ihrer Familie vermehrt Fehlgeburten auf?        nein         ja   
 Kommen in Ihrer Verwandtschaft geistig oder körperlich behinderte Kinder vor?        nein         ja   
 Neigen Ihre Familienmitglieder vermehrt zu Thrombose?        nein         ja

Wurde bei Ihnen eine Erbgutanalyse durchgeführt? (Bitte Ergebnis beifügen)

Wann ?	Wo ?	Ergebnis?

KiWuMappe\_neu\_02





**Krankenversicherung:**

Name: ..... Geschäftsstelle: .....

Telefon: ..... Fax: .....

**Wer ist Ihr zuweisender Gynäkologe?**

Name: .....

Anschrift: .....

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

Name: .....

Anschrift: .....

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gynäkologe | <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten   |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt   | <input type="checkbox"/> Krankenkasse   |
| <input type="checkbox"/> Bekannte   | <input type="checkbox"/> Presse         |
| <input type="checkbox"/> Internet   | <input type="checkbox"/> Sonstiges..... |

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben, jegliche Veränderungen teile ich dem Team Kinderwunsch Hannover umgehend mit.**

Datum: \_\_\_\_\_ Patientin: \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)



## Fragebogen für den Mann

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Nationalität: .....  
Familienstand: .....

Straße: ..... PLZ/Ort : .....  
Telefon Nr.: ..... Handy Nr.: .....  
E-Mail- Adresse: .....  
Beruf: .....

Wie lange dauert Ihr Anfahrtsweg zur Praxis? ..... Minuten

### Angaben zur Partnerin:

Name: ..... Vorname: .....  
Geburtsdatum: ..... Nationalität: .....

### Anamnese

Größe: ..... cm Gewicht: ..... kg  
Rauchen Sie?      nein       ja  , ..... Zigaretten/Tag  
Welche Blutgruppe haben Sie? ( falls bekannt ) .....  
Haben Sie Allergien? .....  
Nehmen Sie Medikamente ein? .....  
Sind/waren Sie regelmäßig schädlichen Stoffen, Dämpfen oder Strahlen ausgesetzt?  
nein       ja  , welchen.....

### Wurden bisher Operationen bei Ihnen durchgeführt? (Bitte OP-Berichte beifügen!)

Wann ?	Wo ?	Welche Operation ?
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....



**Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen?**

- Hodenhochstand oder Bruch nein  ja
- Hodenentzündung: nein  ja
- Maldeszensus (Hodenhochstand): nein  ja
- Varikozele (Krampfadern am Hoden): nein  ja
- Hodenkarzinom (Hodentumor): nein  ja
- CBAVD (angeborener Samenleiterverschluss): nein  ja
- Hepatitis C (Lebererkrankung): nein  ja
- HIV / AIDS nein  ja

Andere Erkrankungen: .....

**Bisherige Sterilitätstherapie:**

Seit wann besteht Ihr Kinderwunsch? ..... (Monat/Jahr)

Wurde bei Ihnen bereits ein Spermogramm durchgeführt?

nein  ja  ,.....(Monat/Jahr)

Wurde bei Ihnen eine Vasektomie (Sterilisation) durchgeführt?

nein  ja  ,.....(Monat/Jahr)

Haben Sie bereits Kinder?

nein  ja  ,.....(Anzahl der Kinder)

Mit der jetzigen Partnerin?

nein  ja  ,.....(Anzahl der Kinder)

**Familienanamnese:**

Treten in Ihrer Familie besondere Erkrankungen auf?

.....  
.....

Besteht zwischen Ihnen und Ihrem Partner

ein Verwandtschaftsverhältnis? nein  ja

Finden sich in Ihrer Familie eineiige Zwillinge? nein  ja

Treten in Ihrer Familie vermehrt Fehlgeburten auf? nein  ja

Kommen in Ihrer Verwandtschaft geistig  
oder körperlich behinderte Kinder vor? nein  ja

Wurde bei Ihnen eine Erbgutanalyse durchgeführt? (Bitte Ergebnis beifügen)

Wann ?	Wo ?	Ergebnis?





**Krankenversicherung:**

Name: ..... Geschäftsstelle: .....

Telefon: ..... Fax: .....

**Wer ist Ihr Urologe?**

Name: .....

Anschrift: .....

**Wer ist Ihr Hausarzt?**

Name: .....

Anschrift: .....

**Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

- |                                     |   |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gynäkologe | <input type="checkbox"/> Gelbe Seiten   |
| <input type="checkbox"/> Hausarzt   | <input type="checkbox"/> Krankenkasse   |
| <input type="checkbox"/> Bekannte   | <input type="checkbox"/> Presse         |
| <input type="checkbox"/> Internet   | <input type="checkbox"/> Sonstiges..... |

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der Angaben, jegliche Veränderungen teile ich dem Team Kinderwunsch Hannover umgehend mit.**

Datum: \_\_\_\_\_ Patient: \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)



## Einverständniserklärung EDV-Erfassung

**Patientin:**

.....  
(Name, Vorname)  
.....  
(Straße)  
.....  
(Wohnort)  
.....  
(Telefon)  
.....  
(Geburtsdatum)

**Patient:**

.....  
(Name, Vorname)  
.....  
(Straße)  
.....  
(Wohnort)  
.....  
(Telefon)  
.....  
(Geburtsdatum)

Wir sind darüber informiert, dass unsere medizinischen Daten, im Rahmen der Behandlung und Diagnosestellung, in der o.g. Praxis aus Gründen der Qualitätssicherung, Therapiekontrolle, Statistikerhebung und Abrechnung, durch die verwendete EDV erfasst werden.

Wir sind darüber informiert, dass eine anonymisierte Weitergabe von Daten aus wissenschaftlichen – und qualitätssichernden Gründen notwendig ist bzw. an die Ärztekammer Niedersachsen, sowie an das Deutsche IVF-Register (DIR) verpflichtend ist.

Wir sind damit einverstanden, dass die erhobenen Ergebnisse für wissenschaftliche Zwecke in anonymisierter Form genutzt werden dürfen (z.B. Veröffentlichung in Fachzeitschriften).

Datum: \_\_\_\_\_ Patientin: \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Datum: \_\_\_\_\_ Patient: \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)



## Entbindung der Schweigepflicht

### Patientin:

.....  
(Name, Vorname)

.....  
(Straße)

.....  
(Wohnort)

.....  
(Telefon)

.....  
(Geburtsdatum)

.....  
(Gynäkologe / Allgemeinmediziner)

.....  
(Anschrift)

### Patient:

.....  
(Name, Vorname)

.....  
(Straße)

.....  
(Wohnort)

.....  
(Telefon)

.....  
(Geburtsdatum)

.....  
(Urologe / Allgemeinmediziner)

.....  
(Anschrift)

Um eine, dem aktuellen medizinischen Standard, entsprechende Diagnostik bzw. Therapie zur Kinderwunschbehandlung durchzuführen, ist ein Einbeziehen des Ehepartners bzw. Partners zwingend notwendig.

Eine Entbindung der Schweigepflicht gegenüber dem Ehepartner/Partner ist für die behandelnden Gynäkologen bzw. Fachärzten und Biologen aus diesem Grunde unbedingt erforderlich!

Zur Diagnoseerhebung, sowie zur Therapie, ist die o.g. Gemeinschaftspraxis als Zentrum zur Kinderwunschbehandlung auf die Mitarbeit mit dem, die Patientin behandelnden Gynäkologen bzw. den Patienten behandelnden Urologen, angewiesen. Wir sind darüber informiert, dass Arztbriefe, sowie Telefonate unter den o.g. Praxen notwendig sein können.

Hiermit sprechen wir eine Schweigepflichtsentbindung gegenüber dem Ehepartner bzw. dessen behandelnden Gynäkologen / Urologen für die Gynäkologen des Kinderwunschzentrums Team Kinderwunsch Hannover aus.

Datum: \_\_\_\_\_ Patientin: \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Datum: \_\_\_\_\_ Patient: \_\_\_\_\_  
(Unterschrift)