

## IHR ERSTGESPRÄCH

Beim Erstgespräch möchten wir Sie und Ihre Wünsche kennenlernen. Gemeinsam erstellen wir einen Plan für die für Sie am besten geeignete Diagnostik und Therapie.

Es steht Ihre individuelle Beratung und Betreuung im Vordergrund und auch Ihre persönlichen Fragen und Gedanken sind jederzeit willkommen.

- Bitte melden Sie sich 15 Minuten vor Ihrem Arzttermin am Empfang, damit wir die letzten Vorbereitungen treffen können.
- Das Erstgespräch dauert in der Regel 45 Minuten.  
In dieser Zeit haben wir keine anderen Patienten einbestellt.
- Manchmal erfolgt anschließend eine Blutentnahme oder auch ein Ultraschall.
- Sollten Sie Ihren Termin nicht wahrnehmen können, bitten wir Sie um frühestmögliche Information, damit wir die Wartezeit für ein anderes Patientenpaar auf ein Minimum reduzieren können.

Bei Nichteinhaltung des Arzttermins erheben wir ein **Ausfallhonorar** in Höhe von 75 €.

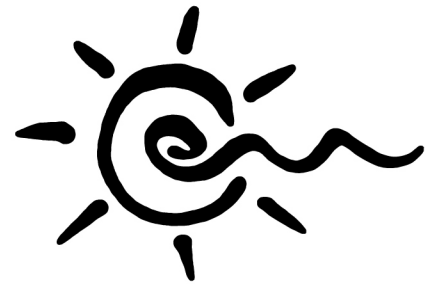
### Bitte bringen Sie folgende Unterlagen zu Ihrem Gespräch mit:

- Personalausweise
- Krankenversichertenkarten
- Überweisungsschein des Frauenarztes/der Frauenärztin
- Ausgefüllte Fragebögen
- Alle Befunde und Behandlungsunterlagen (falls vorhanden):
  - Befunde früherer Operationen in Zusammenhang mit dem Kinderwunsch
  - Befunde und Protokolle früherer Kinderwunschtherapien
  - Aktueller Hormonstatus (**Frau**)
  - Serologische Laborwerte (Hepatitis B + C, HIV)
  - Spermioogramme

**Wichtig:** Um Verzögerungen zu vermeiden, wäre es sehr gut wenn mindestens ein Befund zum Gespräch mitgebracht wird.

  - Impfpass bzw. Röteltiter

**Wichtig:** Ohne eine sichere Immunität gegen Röteln darf keine Kinderwunschtherapie begonnen werden.



## Fragebogen Frau

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

(Bitte nur ausfüllen, falls wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen dürfen)

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Verheiratet:  Ja (miteinander)  Nein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beihilfe:  Ja: \_\_\_\_\_  Nein

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_

Alkohol:  selten  öfters  täglich

Zyklus:  regelmäßig alle \_\_\_\_\_ Tage  unregelmäßiger Zyklus

Gynäkologe/in: \_\_\_\_\_

(Bitte Name und Anschrift)

Vorbehandlungen/ Therapien: \_\_\_\_\_

Schwangerschaften: \_\_\_\_\_

Rötelnimpfung:  Ja 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  Nein  
(Datum aus dem Impfpass)

Coronaimpfung:  Ja 1. \_\_\_\_\_ 2. \_\_\_\_\_  Nein  
3. \_\_\_\_\_ 4. \_\_\_\_\_  
(Datum aus dem Impfpass)

Allergien: \_\_\_\_\_

Voroperationen: \_\_\_\_\_

(Art und Jahr)

Erbkrankheiten: \_\_\_\_\_

Frühere Erkrankungen/ sonstige Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikamente: \_\_\_\_\_

(z.B. Folsäure)

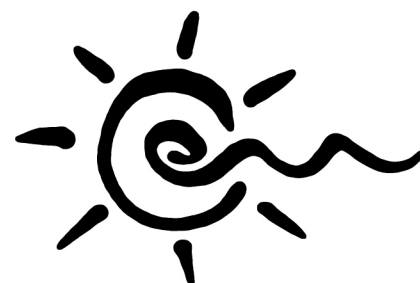
Häufigkeit Geschlechtsverkehr: \_\_\_\_\_ mal pro  Woche  Monat  sehr selten

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

(Angabe freiwillig)

Gynäkologe/in  Urologe/in  Bekannte/r  Internet  Zeitung  \_\_\_\_\_

Praxis Dres. Göhring · Hagellocher Weg 63 · 72070 Tübingen



**KinderwunschPraxis**  
DRES. GÖHRING · TÜBINGEN

Gemeinschaftspraxis  
Gynäkologische Endokrinologie  
und Reproduktionsmedizin

## Fragebogen Mann

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

E-Mail : \_\_\_\_\_

(Bitte nur ausfüllen, falls wir mit Ihnen Kontakt aufnehmen dürfen)

Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Verheiratet:  Ja (miteinander)  Nein

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Beihilfe:  Ja:  Nein

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg Größe: \_\_\_\_\_ cm

Zigaretten pro Tag: \_\_\_\_\_ Alkohol:  selten  öfters  täglich

Urologe/in: \_\_\_\_\_

(Bitte Name und Anschrift)

Vorbehandlungen/ Therapien: \_\_\_\_\_

Gezeugte Schwangerschaften: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Voroperationen: \_\_\_\_\_

(Art und Jahr)

Frühere Erkrankungen: \_\_\_\_\_

Erbkrankheiten: \_\_\_\_\_

Sonstige Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikamente: \_\_\_\_\_

Häufigkeit Geschlechtsverkehr: \_\_\_\_\_ mal pro  Woche  Monat  sehr selten

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

(Angabe freiwillig)

Gynäkologe/in  Urologe/in  Bekannte/r  Internet  Zeitung



KinderwunschPraxis Dres. Göhring · Hagellocher Weg 63 · 72070 Tübingen

Telefon 07071 94 663-0 · Fax 07071 94 663-99 · Mobil 0172 77 62167 · info@kinderwunschpraxis.com

Kreissparkasse Tübingen · SWIFT SOLADES1TUB · IBAN DE77 6415 0020 0001 8043 15

www.kinderwunschpraxis.com