

## Allgemeine Angaben

Partner 1	
Nachname:	_____
Vornamen:	_____
Geburtsdatum:	_____
Geburtsort:	_____
Geschlecht:	_____
Anschrift:	_____
	_____
	_____
Telefon:	_____
E-Mail:	_____

Partner 2	
Nachname:	_____
Vornamen:	_____
Geburtsdatum:	_____
Geburtsort:	_____
Geschlecht:	_____
Anschrift*:	_____
	_____
	_____
Telefon:	_____
E-Mail:	_____

\* Falls abweichend von Partner 1

Betreuender Kinderwunscharzt			
Nachname:	_____	Klinik:	_____
Vornamen:	_____	Anschrift:	_____
Telefon:	_____		_____
E-Mail:	_____		_____

Haben Sie bereits gemeinsame Kinder?		[ ] Ja [ ] Nein
Falls Ja:		
Nachname:	_____	Nachname: _____
Vornamen:	_____	Vornamen: _____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsdatum: _____
Geschlecht:	_____	Geschlecht: _____

Machen Sie bitte ggfs. Angaben zu weiteren Kindern auf einem gesondertem Blatt

Haben Sie bereits Kinder aus anderen Beziehungen?		[ ] Ja [ ] Nein
Falls Ja:		
Nachname:	_____	Nachname: _____
Vornamen:	_____	Vornamen: _____
Geburtsdatum:	_____	Geburtsdatum: _____
Geschlecht:	_____	Geschlecht: _____
andere Mutter: [ ]		andere Mutter: [ ]
anderer Vater: [ ]		anderer Vater: [ ]

Machen Sie bitte ggfs. Angaben zu weiteren Kindern auf einem gesondertem Blatt

## Allgemeine Angaben

**Hatten Sie Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche in der jetzigen Partnerschaft?**

Ja  
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben: (z.B. wie viele Fehlgeburten /Abbrüche, in der wievielten Schwangerschaftswoche, Ursache für Abbruch [Auffälligkeiten beim Feten? ]):

---



---



---



---

Machen Sie bitte ggfs. Angaben zu weiteren Fehlgeburten/ Abbrüchen auf einem gesondertem Blatt.  
Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website [www.cegat.de/consultation](http://www.cegat.de/consultation)

**Hatten Sie Fehlgeburten oder Schwangerschaftsabbrüche in jeweils anderen Beziehungen?**

Ja  
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte getrennt zu Partner 1 und Partner 2 nähere Angaben: (z.B. wie viele Fehlgeburten /Abbrüche, in der wievielten Schwangerschaftswoche, Ursache für Abbruch [Auffälligkeiten beim Feten?])

**Partner 1:**

**Partner 2:**

<hr/>	<hr/>

Machen Sie bitte ggfs. Angaben zu weiteren Fehlgeburten/ Abbrüchen auf einem gesondertem Blatt.  
Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website [www.cegat.de/consultation](http://www.cegat.de/consultation)

## Familiengeschichte / Stammbaum

**Familiengeschichte von Partner 1 und Partner 2**

Die folgende Frage bezieht sich auf Ihre beiden Familien über drei Generationen, umfassen also ggfs. Kinder von Ihnen beiden, Ihre eigenen Geschwister und deren Kinder, sowie Ihre Eltern, deren Geschwister und Nachkommen und umfasst auch bereits verstorbene Angehörige.

**Liegen bei Ihren beiden Familien gesundheitliche Probleme oder Vorerkrankungen vor?**

Ja  
 Nein

(z.B. Behinderungen, Fehlbildungen, Epilepsie, Krebs, psychische Erkrankung, Herz-/Kreislaufkrankung, Zuckererkrankung, Hör- bzw. Sehprobleme)

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. bei wem, in welchem Alter an was erkrankt; falls verstorben, in welchem Alter und an was).

---



---



---



---

Machen Sie ggfs. bitte Angaben zu weiteren Familienangehörigen auf einem gesondertem Blatt

## Krankengeschichte zu Partner 1

**Liegen bei Ihnen gesundheitliche Probleme oder Vorerkrankungen vor?**

Ja  
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. Fehlbildungen, Epilepsie, Krebs, psychische Erkrankung, Herz-/Kreislaufkrankung, Zuckererkrankung, Schilddrüsenprobleme, Auffälligkeiten der Geschlechtsorgane, Leber-/ Nierenerkrankungen, Gerinnungsstörungen, Hör- bzw. Sehprobleme):

---



---



---

**Nehmen/ nahmen Sie Medikamente ein, konsumieren/ konsumierten Sie Alkohol, Nikotin oder Drogen oder wird/ wurde eine Strahlentherapie bei Ihnen durchgeführt?**

Ja  
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. welche Substanz, ab wann und und wie lange):

---



---



---

**Waren Sie stationär in Kliniken oder wurden ambulant in Kliniken betreut?**

Ja  
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu nähere Angaben (z.B. wann, weswegen, in welchem Alter):

---



---



---

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website [www.cegat.de/consultation](http://www.cegat.de/consultation)

**Erfolgten bei Ihnen operative Eingriffe?**

Ja  
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu nähere Angaben (z.B. wann, weswegen, in welchem Alter):

---



---



---

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website [www.cegat.de/consultation](http://www.cegat.de/consultation)

**Bitte machen Sie Angaben zu Ihren aktuellen Körpermaßen**

Körperlänge: \_\_\_\_\_ gemessen am: \_\_\_\_\_  
 Körpergewicht: \_\_\_\_\_ gewogen am: \_\_\_\_\_  
 Kopfumfang: \_\_\_\_\_ gemessen am: \_\_\_\_\_

## Krankengeschichte zu Partner 2

**Liegen bei Ihnen gesundheitliche Probleme oder Vorerkrankungen vor?**

Ja  
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. Fehlbildungen, Epilepsie, Krebs, psychische Erkrankung, Herz-/Kreislaufkrankung, Zuckererkrankung, Schilddrüsenprobleme, Auffälligkeiten der Geschlechtsorgane, Leber-/ Nierenerkrankungen, Gerinnungsstörungen, Hör- bzw. Sehprobleme):

---



---



---

**Nehmen/ nahmen Sie Medikamente ein, konsumieren/ konsumierten Sie Alkohol, Nikotin oder Drogen oder wird/ wurde eine Strahlentherapie bei Ihnen durchgeführt?**

Ja  
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu bitte nähere Angaben (z.B. welche Substanz, ab wann und und wie lange):

---



---



---

**Waren Sie stationär in Kliniken oder wurden ambulant in Kliniken betreut?**

Ja  
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu nähere Angaben (z.B. wann, weswegen, in welchem Alter):

---



---



---

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website [www.cegat.de/consultation](http://www.cegat.de/consultation)

**Erfolgten bei Ihnen operative Eingriffe?**

Ja  
 Nein

Falls JA, machen Sie hierzu nähere Angaben (z.B. wann, weswegen, in welchem Alter):

---



---



---

Bitte senden Sie uns ggfs. Arztbriefe/ Befunde etc. über unsere Website [www.cegat.de/consultation](http://www.cegat.de/consultation)

**Bitte machen Sie Angaben zu Ihren aktuellen Körpermaßen**

Körperlänge: \_\_\_\_\_ gemessen am: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ gewogen am: \_\_\_\_\_

Kopfumfang: \_\_\_\_\_ gemessen am: \_\_\_\_\_

