

ERHEBUNGSBOGEN

GB

Wir bitten Sie darum, diesen Bogen so genau wie möglich auszufüllen und an uns zurückzuschicken. Fügen Sie vorhandene Arztberichte bei. Verwenden Sie, falls erforderlich, das beiliegende Ergänzungsblatt.

ANGABEN ZUR PERSON:

Ratsuchende(r):

Name Vorname

Geburtsname Geburtsdatum

Partner(in):

Name Vorname

Geburtsname Geburtsdatum

Adresse:

Straße Nummer

Postleitzahl Ort

Telefon:

..... tagsüber

(Bitte unbedingt angeben für Erreichbarkeit bei mögl.Terminveränderungen bzw. Befundmitteilung)

Mobil-Nr.

Email-Adresse

ANFRAGEGRUND

Bitte fassen Sie hier Ihr Problem und Ihre Fragen kurz zusammen:

Besteht derzeit eine Schwangerschaft?

- nein
 ja, eine Schwangerschaft besteht,
der erste Tag der letzten Regelblutung war der

Datum Unterschrift

FAMILIENVORGESCHICHTE: (bitte ankreuzen oder ausfüllen)

Kinder aus der jetzigen Partnerschaft: keine wie viele?
Kinder aus früheren Partnerschaften: keine wie viele?

Besteht zwischen Ihnen und Ihrem Partner/ Ihrer Partnerin eine Blutsverwandtschaft? nein ja

ERKRANKUNGEN? BEHINDERUNGEN? FEHL- UND TOTGEBURDEN? VERSTORBENE KINDER?

wie verwandt:

Name:

geboren am:

verstorben? wenn ja am:

Erkrankung:

behandelnde Ärzte
oder Krankenhäuser
(genaue Anschrift!)

wann behandelt?

wie verwandt:

Name:

geboren am:

verstorben? wenn ja am:

Erkrankung:

behandelnde Ärzte
oder Krankenhäuser
(genaue Anschrift!)

wann behandelt?

wie verwandt:

Name:

geboren am:

verstorben? wenn ja am:

Erkrankung:

behandelnde Ärzte
oder Krankenhäuser
(genaue Anschrift!)

wann behandelt?

wie verwandt:

Name:

geboren am:

verstorben? wenn ja am:

Erkrankung:

behandelnde Ärzte
oder Krankenhäuser
(genaue Anschrift!)

wann behandelt?

wie verwandt:

Name:

geboren am:

verstorben? wenn ja am:

Erkrankung:

behandelnde Ärzte
oder Krankenhäuser (genaue Anschrift!)

wann behandelt?

wie verwandt:

Name:

geboren am:

verstorben? wenn ja am:

Erkrankung:

behandelnde Ärzte
oder Krankenhäuser (genaue Anschrift!)

wann behandelt?

wie verwandt:

Name:

geboren am:

verstorben? wenn ja am:

Erkrankung:

behandelnde Ärzte
oder Krankenhäuser (genaue Anschrift!)

wann behandelt?

wie verwandt:

Name:

geboren am:

verstorben? wenn ja am:

Erkrankung:

behandelnde Ärzte
oder Krankenhäuser (genaue Anschrift!)

wann behandelt?