

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:

.....
privat

.....
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 Blutsverwandschaft? nein ja

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

| | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| bei mir: | Erkrankung: |
| <input type="checkbox"/> nichts bekannt | behandelnde Ärzte oder Krankenhäuser: (genaue Anschrift!) wann behandelt? |

| | |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| bei meinem Partner/ meiner Partnerin: | Erkrankung: |
| <input type="checkbox"/> nichts bekannt | behandelnde Ärzte oder Krankenhäuser: (genaue Anschrift!) wann behandelt? |

| | | |
|-----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| bei unserem Kind: | Name: | verstorben? wenn ja am: |
| <input type="checkbox"/> nichts bekannt | geboren am: | |
| | Erkrankung: | |
| | behandelnde Ärzte oder Krankenhäuser: (genaue Anschrift!) wann behandelt? | |

| | | |
|-----------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| in meiner Familie: | Name: | verstorben? wenn ja am: |
| <input type="checkbox"/> nichts bekannt | geboren am: | |
| | Erkrankung: | |
| | wie verwandt? | |
| | behandelnde Ärzte oder Krankenhäuser (genaue Anschrift!) wann behandelt? | |

| | | |
|------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------|
| in der Familie meines Partners/ meiner Partnerin: | Name: | verstorben? wenn ja am: |
| <input type="checkbox"/> nichts bekannt | geboren am: | |
| | Erkrankung: | |
| | wie verwandt? | |
| | 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?

wie verwandt:

Name:

geboren am:

verstorben? wenn ja am:

Erkrankung:

behandelnde Ärzte
oder Krankenhäuser (genaue Anschrift!)

wann behandelt?