

Anamnese Partnerin

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Mobil _____

Email _____

Versicherung _____

Beruf _____

Frauenarzt _____

Hausarzt _____

Bekannte (internistische oder sonstige) Erkrankungen: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

1

Rauchen Sie? nein ja _____ Zigaretten/Tag

Konsumieren Sie andere Suchtmittel? z. B. THC o. ä. nein ja, welche? _____

Waren Sie jemals an sexuell übertragbaren

Krankheiten erkrankt oder bestand der Verdacht

(z.B. Chlamydieninfektion, Gonorrhoe, Genitalwarzen, Syphilis ,HIV,HEP C usw.)? nein ja, welche? _____

Jahr	Geburt/Fehlgeburt/Abbruch	Aktueller Partner?	Kinderwunschbehandlung

Sonstige Informationen/Anmerkungen: _____

Datum: _____