

## PRIVATSPRECHSTUNDE

SH-Gen im KWZ                      Tel.    ( 0611 ) 926 32-11 / -12  
Mainzer Straße 98 – 102        Fax    ( 0611 ) 926 324 325  
65189 Wiesbaden                Mail   sekretariat@ivf-wiesbaden.de

## Fragebogen zur Immunabklärung am ....., ..... Uhr Bitte per Fax oder vorab senden!

Name der Patientin:                       Vorname:

Name des Mannes:                       Vorname:

geboren am:                       Familienstand:

Wo sind Sie beide versichert?

Telefon:                       Handy:

Fax:                       E-Mail:

Wie viele Geburten?                       Spontan:                       Kaiserschnitt:

Jahr:

Komplikationen während der Schwangerschaft?

Wie viele Fehlgeburten?                       Jahr:

In welcher Woche?                       Wie viele Ausschabungen?

Wie viele ICSI-Versuche?                       Wie viele IVF-Versuche?

Wie viele Kryo?                       Wie viele Inseminationen?

Sind Sie in einer gesetzlichen Krankenkasse versichert, bringen Sie bitte einen Überweisungsschein Ihrer/Ihres Frauenärztin/-arztes oder Hausarztes, ausgestellt auf das Kinderwunschzentrum Wiesbaden, mit. Auch für Ihren Ehemann!

Wir benötigen auch vorliegende Befunde in Kopien!!