



Datum Erstgespräch:	Arzt:	Überweiser:
---------------------	-------	-------------

**Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an. Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.**

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Geb. Datum	
Telefon:	
Beruf:	

<sup>5</sup> **Haben Sie sich sterilisieren lassen?**

nein  ja

(wann?) .....

- falls ja: Wurden Sie später wieder refertilisiert?

nein  ja

(wann?) .....

<sup>1</sup> **Alter:** .....

<sup>2</sup> **Sind Sie miteinander verheiratet?**

ja  nein

Seit wann besteht Ihre jetzige Ehe (Lebenspartnerschaft)? ..... (Datum)

<sup>3</sup> **Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?**

nein

ja, mit jetziger Partnerin Wann?

- nach Kinderwunschbehandlung?  nein  ja

ja, mit anderer Partnerin Wann?

- nach Kinderwunschbehandlung?  nein  ja

**Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?**

nein  ja

<sup>4</sup> **Wurden Sie bereits vom Männerarzt untersucht?**

nein  ja

(wann zuletzt?) .....

- welches Ergebnis?  unauffällig  auffällig

**Wurden Ihnen vom Männerarzt bereits Medikamente verordnet?**

nein  ja (welche?)

<sup>6</sup> **Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?**

nein  ja

(wann zuletzt?) .....

- mit welchem

Ergebnis?  normal  auffällig

<sup>7</sup> **Haben Sie Erektionsstörungen?**  nein  ja

**Haben Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen gelitten?**

nein  ja

- falls ja, welche waren dies?

<sup>8</sup> **Hatten Sie eine Hodenverletzung?**

nein  ja (wann?) .....

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

**Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?**

nein  ja: links  ja: rechts

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

keine  Hormongaben  Operation

**Hatten Sie eine Entzündung der Hoden?**

nein  ja (wann?) .....

- falls ja, welche Therapie erfolgte?



Name:	
Vorname:	
Geb. Datum:	

**12 Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?**

Gewicht (Kilo): \_\_\_\_\_ Größe (cm): \_\_\_\_\_

**Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?**

nein  ja, mit Zunahme  ja, mit Abnahme

**Hatten Sie einen Hoden-Tumor?**

nein  ja: links  ja: rechts

- wann? links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_

- welche Therapie erfolgte?  
.....

**Hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?**

nein  ja

- falls ja, sind Sie deshalb operiert worden?

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

**Wurden bereits Gewebeproben aus den Hoden entnommen?**

nein  ja, links  ja, rechts

- wann? links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_

- mit welchem Ergebnis?  unauffällig  auffällig

**9 Gab es schon andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?**

nein  ja (welche?)

Jahr

.....	.....
.....	.....
.....	.....

**10 Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt worden?**

nein  ja, links  ja, rechts

**11 Wurde Ihre Prostata bereits untersucht?**

nein  ja (wann?)

- mit welchem Ergebnis?  normal  auffällig

**13 Wieviele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich?**

1-2  3-4  mehr als 4

**Wie ernähren Sie sich?**

Mischkost  vegetarisch  eher einseitig

**14 Treiben Sie Sport?**

nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

- falls ja, welche Sportarten?  
.....

**15 Trinken Sie Alkohol?**

nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

**Rauchen Sie?**

nein  1-5 Zig./Tag

6-10 Zig./Tag  11-15 Zig./Tag

16-20 Zig./Tag  mehr als 20 (Anzahl?)

**Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)?**

nein  ja

- welche? .....

- wie oft? .....

**Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?**

nein  ja

**16 Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?**

nein  Schichtarbeit  
 Lärm  fehlendes Tageslicht  
 Stäube  schwere körperliche Belastung  
 Chemikalien  Gase/Aerosole

Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?  
.....



Name:	
Vorname:	
Geb. Datum:	

<sup>21</sup> **Leiden Sie an weiteren Begleiterkrankungen und welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein?**

<sup>17</sup> **Haben Sie Allergien?**  
 nein       ja (welche?)  
 -----  
 -----

<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja (welche?)	Medikamente

**Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?**

nein       ja

**Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?**  
 -----  
 -----

<sup>22</sup> **Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?**

nein  
 ja, mütterlicherseits (welche?)  
 -----  
 -----

<sup>18</sup> **Haben Sie folgende Beschwerden?**  nein

	leicht	mittel	stark
Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allg. Müdigkeit / Leistungsabfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress (allgemein)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress (am Arbeitsplatz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partnerschaftskonflikte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängstlichkeit / Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
seelische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ja, väterlicherseits (welche?)  
 -----  
 -----

<sup>19</sup> **Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen oder Beschwerden?**  nein (seit) Jahr

- Mumps
- Diabetes (Zucker) - insulinpflichtig?  ja  nein
- Bluthochdruck -----
- Epilepsie -----
- Krebs / andere Tumore -----
- welche? -----
- Schilddrüsenerkrankung -----

<sup>23</sup> **Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt ?**

nein       ja  
**- mit welchem Ergebnis?**  
 unauffällig     auffällig

<sup>24</sup> **Wurde ein genetischer Test auf cystische Fibrose (CFTR) durchgeführt?**

nein       ja  
**- mit welchem Ergebnis?**  
 unauffällig     auffällig

<sup>20</sup> **Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?**  
 nein       ja (welche?)

<sup>25</sup> **Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?**  
 -----  
**Wer ist Ihr behandelnder Männerarzt?**  
 -----  
 -----



Name:	
Vorname:	
Geb. Datum	

<b>Bemerkungen</b>