



Fragebogen Mann ♂

Wir würden uns freuen, wenn Sie diesen Fragebogen vor Ihrem Beratungstermin ausgefüllt an uns zurücksenden könnten. Sollten Sie bereits Vorbefunde anderer Ärzte haben, senden Sie uns auch diese gerne vorab zu.
Vielen Dank!

Nachname _____ Vorname _____
Geburtsname _____ Geburtsdatum _____
Geburtsort _____ Beruf _____
Telefonnummer _____ Handy-Nr. _____
Adresse _____
Krankenversicherung _____ Beihilfeanspruch _____ %
Email-Adresse _____
Urologe/-in (inkl. Adresse) _____
Familienstand Verheiratet Ledig Geschieden
Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg

Haben Sie eine Vermutung, warum Ihr Kinderwunsch bislang unerfüllt geblieben ist?	
Gibt es von Ihnen gezeugte Schwangerschaften? Wenn ja, wann?	
Krankheiten/Operationen	
Erbkrankheiten in der Familie	
Aktuelle Medikamente	
Allergien	
Nikotin	<input type="checkbox"/> Zigaretten _____ Anzahl pro Tag
Häufigkeit Geschlechtsverkehr	_____ Mal <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat <input type="checkbox"/> sehr selten