



Datum Erstgespräch: Ärztin/Arzt: Überweiser/in:

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:

Telefon:

E-Mail:

Beruf:

Geburtsdatum: **Alter:**

Sind Sie miteinander verheiratet?
 Nein Ja

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

Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?
 Nein
 Ja, mit der jetzigen Partnerin. **Wann?** (Jahr)

- nach Kinderwunschbehandlung? Nein Ja

Ja, mit anderer Partnerin. **Wann?** (Jahr)

- nach Kinderwunschbehandlung? Nein Ja

Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?
 Nein Ja

Wurden Sie bereits vom Männerarzt untersucht?
 Nein Ja **Wann zuletzt?** (Jahr)

- welches Ergebnis?
 unauffällig auffällig

Wurden Ihnen vom Männerarzt bereits Medikamente verordnet?
 Nein Ja **Welche?**

Haben Sie sich sterilisieren lassen?
 Nein Ja **Wann?** (Jahr)

- falls ja: Wurden Sie später wieder refertilisiert?
 Nein Ja **Wann?** (Jahr)

Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?
 Nein Ja **Wann zuletzt?** (Jahr)

- mit welchem Ergebnis? normal auffällig

Haben Sie Erektionsstörungen?
 Nein Ja

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

- falls ja, welche waren dies?

Hatten Sie eine Hodenverletzung?
 Nein Ja **Wann?** (Jahr)

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?
 Nein Ja: links Ja: rechts

- falls ja, welche Therapie erfolgte?
 keine Hormongabe Operation

Hatten Sie eine Entzündung der Hoden?
 Nein Ja **Wann?** (Jahr)

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

Hatten Sie einen Hoden-Tumor?
 Nein Ja: links Ja: rechts

- wann? links: rechts:

- falls ja, welche Therapie erfolgte?



Hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?

Nein Ja

- falls ja, sind Sie deshalb operiert worden?

Nein Ja Wann? (Jahr)

Wurden bereits Gewebeproben aus den Hoden entnommen?

Nein Ja: links Ja: rechts

- wann? links: rechts:

- mit welchem Ergebnis? normal auffällig

Gab es schon andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?

<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welche?)	Jahr
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

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

Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt worden?

Nein Ja: links Ja: rechts

Wurde Ihre Prostata bereits untersucht?

Nein Ja Wann zuletzt? (Jahr)

- mit welchem Ergebnis? normal auffällig

Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (Kilo): **Größe (cm):**

Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?

Nein
 Ja, mit Zunahme Ja, mit Abnahme

Treiben Sie Sport?

Nie Selten
 Gelegentlich Regelmäßig

- falls ja, welche Sportarten?

.....
.....

Trinken Sie Alkohol?

Nie Selten
 Gelegentlich Regelmäßig

Rauchen Sie?

Nein Ja Zigaretten/Tag

Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen/Dopingmittel)?

Nein Ja

- Welche?

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

Haben Sie Allergien (z. B. Medikamente, Antibiotika, etc.)?

Nein Ja

- Welche?

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

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?

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

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden?

Nein Ja (seit) Jahr

Mumps

Diabetes (Zuckerkrankheit)

-insulinpflichtig Nein Ja

Bluthochdruck

Epilepsie

Schilddrüsenerkrankungen

Krebs / andere Tumore

- Welche?

.....
.....

