



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?

