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?
O Nein O Ja

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

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

- nach Kinderwunschbehandlung? O Nein O Ja

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

- nach Kinderwunschbehandlung? O Nein O Ja

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

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

- welches Ergebnis?
O unauffällig O auffällig

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

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

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

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

- mit welchem Ergebnis? O normal O auffällig

Haben Sie Erektionsstörungen?
O Nein O Ja

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

- falls ja, welche waren dies?
.....
.....
.....

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

- falls ja, welche Therapie erfolgte?
.....
.....
.....

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

- falls ja, welche Therapie erfolgte?
O keine O Hormongabe O Operation

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

- falls ja, welche Therapie erfolgte?
.....
.....
.....

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

- wann? links: ..... rechts: .....

- falls ja, welche Therapie erfolgte?
.....
.....
.....

Hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?
O Nein O Ja

- falls ja, sind Sie deshalb operiert worden?
O Nein O Ja **Wann?** (Jahr) .....

Wurden bereits Gewebeproben aus den Hoden entnommen?
O Nein O Ja: links O Ja: rechts

- wann? links: ..... **rechts:** .....

- mit welchem Ergebnis? O normal O auffällig

Gab es schon andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?

O Nein O Ja (welche?) Jahr
.....|.....
.....|.....
.....|.....
.....|.....
.....|.....
.....|.....
.....|.....
.....|.....
.....|.....

Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?
.....
.....
.....

Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt worden?
O Nein O Ja: links O Ja: rechts

Wurde Ihre Prostata bereits untersucht?
O Nein O Ja **Wann zuletzt?** (Jahr) .....

- mit welchem Ergebnis? O normal O auffällig

Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?
Gewicht (Kilo): ..... Größe (cm): .....

Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?
O Nein
O Ja, mit Zunahme O Ja, mit Abnahme

Treiben Sie Sport?
O Nie O Selten
O Gelegentlich O Regelmäßig
- falls ja, welche Sportarten?
.....
.....

Trinken Sie Alkohol?
O Nie O Selten
O Gelegentlich O Regelmäßig

Rauchen Sie?
O Nein O Ja ..... Zigaretten/Tag

Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen/Dopingmittel)?
O Nein O Ja

- Welche?
.....
.....
.....
.....

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

- Welche?
.....
.....
.....

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

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden?
O Nein O Ja **(seit) Jahr**

Mumps .....
Diabetes (Zuckerkrankheit)
.....
-insulinpflichtig O Nein O Ja

Bluthochdruck .....

Epilepsie .....

Schilddrüsenerkrankungen .....

Krebs / andere Tumore .....
- Welche?
.....
.....

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?
O Nein O Ja (welche?)
....
....
....

Leiden Sie an weiteren Begleiterkrankungen und welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein?
O Nein O Ja **Welche?**
....
....
....
....
....
....

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?
O Nein O Ja, mütterlicherseits **Welche?**
....
....
....

O Nein O Ja, väterlicherseits **Welche?**
....
....
....

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen stationären Krankenhausaufenthalt > 3Tage?
O Nein O Ja (warum?)
....
....
....

Hatten/Haben Sie eine chronische Keimbesiedlung (z. B. MRSA)?
O Nein O Ja

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?
....
....
....

Wer ist Ihr behandelnder Männerarzt?
....
....
....

Bemerkungen:
....