



| | | |
|---------------------|-------|-------------|
| 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: | |
| | |
| Telefon: | |
| Beruf: | |

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

nein ja

- falls ja, welche waren dies?

.....

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?

.....

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

Gab es schon andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?

nein ja (welche?)

Jahr

| | |
|-------------------------|--|
| | |
|-------------------------|--|

Geburtsdatum: **Alter:**

Sind Sie miteinander verheiratet? ja nein

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

Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

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

Wurden Sie bereits vom Männerarzt untersucht?

nein ja (wann zuletzt?)

- welches Ergebnis? unauffällig auffällig

Wurden Ihnen vom Männerarzt bereits

Medikamente verordnet?

nein ja (welche?)

Haben Sie sich sterilisieren lassen?

nein ja (wann?)

- falls ja: Wurden Sie später wieder refertilisiert?

nein ja (wann?)

Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?

nein ja (wann zuletzt?)

- mit welchem Ergebnis? normal auffällig

Haben Sie Erektionsstörungen? nein ja



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?)
- 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

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

Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?

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

Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?

.....

Haben Sie Allergien?

- nein ja (welche?)

Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?

- nein ja

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?

.....

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen oder Beschwerden?

nein
 (seit) Jahr

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

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

- nein ja (welche?)

Leiden Sie an weiteren Begleiterkrankungen und welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein?

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

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?

- nein ja, mütterlicherseits (welche?)

- ja, väterlicherseits (welche?)

Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt ?

- nein ja
- mit welchem Ergebnis?
 unauffällig auffällig

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

.....



Wer ist Ihr behandelnder Männerarzt?

.....

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im außereuropäischen Ausland?

nein ja Jahr

Wenn ja, wann und wo

.....

.....

Sind Sie in einem Gebiet geboren oder aufgewachsen, wo Malaria verbreitet ist oder hatten Sie zeitweise Ihren Lebensmittelpunkt in einem Malaria-Endemiegebiet?

nein ja Jahr

Wenn ja, wann und wo

.....

.....

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten engen Kontakt zu Personen mit Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis / Gelbsucht / Tuberkulose)?

nein ja

Wenn ja, welche

.....

.....

Haben Sie jemals Bluttransfusionen oder Blutbestandteile (z.B. Humanalbumin, Plasma, Gerinnungspräparate, Immunglobuline, Seren tierischen Ursprungs) erhalten?

nein ja Jahr

Wenn ja, wann und wo

.....

.....

Wurde bei Ihnen jemals eine Infektion mit Gelbsucht/Hepatitis (HBV, HCV) und/oder eine HIV-1 oder HIV-2 (Aids) und/oder HTLV-1 oder HTLV-2 festgestellt?

nein ja
 nein ja (welche?)

.....

.....

↓ Wird vom Arzt im Kinderwunschzentrum ausgefüllt ↓

Infektionsserologie

- Malaria
- Gelbfieber
- CMV
- Treponema pallidum
- Trypanosoma cruzi
- HTLV

Sonstiges :

.....

.....

.....

.....

.....