



**Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an.
 Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.**

Datum Erstgespräch: _____ Arzt: _____ Überweiser: _____

Name:	_____
Vorname:	_____
Adresse:	_____

Name Partnerin:	_____
Telefon:	_____
Handy:	_____
Krankenkasse:	_____

¹ **Geburtsdatum:** _____ **Alter:** _____

² **Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?**

³ **Wie sind Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?**
 Gewicht (Kilo): _____ Größe (cm): _____
BMI: _____

⁴ **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

⁵ **Wurden Sie bereits vom Urologen untersucht?**
 nein ja (wann?) _____
Wurden Ihnen vom Urologen bereits Medikamente verordnet?
 nein ja (welche?) _____

⁶ **Haben Sie sich sterilisieren lassen?**
 nein ja (wann?) _____
 - falls ja: **Wurden Sie später wieder refertilisiert?**
 nein ja (wann?) _____

⁷ **Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?**
 nein ja (wann zuletzt?) _____
 - mit welchem Ergebnis? normal auffällig

⁸ **Haben Sie Erektionsstörungen?** nein ja
Leiden Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen?
 nein ja
 - falls ja, welche waren dies?

⁹ **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 eine Hodenverletzung?
 nein ja (wann?) _____
 - falls ja, welche Therapie erfolgte?

Hatten Sie Krampfader am Hoden (Varikozele)?
 nein ja
 - falls ja, sind Sie deshalb operiert worden?
 nein ja (wann?) _____

Hatten Sie einen Hoden-Tumor?
 nein ja: links ja: rechts
 - wann? links: _____ rechts: _____
 - welche Therapie erfolgte?



10 Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt worden?

- nein ja, links ja, rechts

11 Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen oder Beschwerden? nein
(seit) Jahr

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

12 Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

- nein ja (welche?)

13 Haben Sie Allergien?

- nein ja (welche?)

14 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?)

15 Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, FehI- oder Totgeburten, oder ungewollte Kinderlosigkeit?

- nein
 ja, (welche?)

16 Welcher Tätigkeit gehen sie nach?

17 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

(Name und Adresse)

Wer ist Ihr behandelnder Männerarzt?

(Name und Adresse)

18 Von wem wurden wir empfohlen?

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch auch Ihren Personalausweis oder Reisepass mit. Besten Dank.