



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: \_\_\_\_\_

1 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

2 Sind Sie miteinander verheiratet? O ja O nein

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

3 Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

O ja, mit jetziger Partnerin Wann? \_\_\_\_\_

- nach Kinderwunschbehandlung? O nein O ja

O ja, mit anderer Partnerin Wann? \_\_\_\_\_

- nach Kinderwunschbehandlung? O nein O ja

Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?

O nein O ja

4 Wurden Sie bereits vom Männerarzt untersucht?

O nein O ja (wann zuletzt?) \_\_\_\_\_

- welches Ergebnis? O unauffällig O auffällig

Wurden Ihnen vom Männerarzt bereits Medikamente verordnet?

O nein O ja (welche?) \_\_\_\_\_

5 Haben Sie sich sterilisieren lassen?

O nein O ja (wann?) \_\_\_\_\_

- falls ja: Wurden Sie später wieder refertilisiert?

O nein O ja (wann?) \_\_\_\_\_

6 Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?

O nein O ja (wann zuletzt?) \_\_\_\_\_

- mit welchem Ergebnis? O normal O auffällig

7 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?

8 Hatten Sie eine Hodenverletzung?

O nein O ja (wann?) \_\_\_\_\_

- 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 Hormongaben O Operation

Hatten Sie eine Entzündung der Hoden?

O nein O ja (wann?) \_\_\_\_\_

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

Hatten Sie einen Hoden-Tumor?

O nein O ja: links O ja: rechts

- wann? links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_

- 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?) \_\_\_\_\_

Wurden bereits Gewebeproben aus den Hoden entnommen?

O nein O ja, links O ja, rechts

- wann? links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_

- mit welchem Ergebnis? O unauffällig O auffällig

9 Gab es schon andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?

O nein O ja (welche?) \_\_\_\_\_

Jahr



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

10 Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?

.....  
.....

11 Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt worden?

nein  ja, links  ja, rechts

12 Wurde Ihre Prostata bereits untersucht?

nein  ja (wann?)

- mit welchem Ergebnis?  normal  auffällig

13 Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (Kilo): ..... Größe (cm): .....

Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?

nein  ja, mit Zunahme  ja, mit Abnahme

14 Wieviele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich?

1-2  3-4  mehr als 4

Wie ernähren Sie sich?

Mischkost  vegetarisch  eher einseitig

15 Treiben Sie Sport?

nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

- falls ja, welche Sportarten?

.....  
.....

16 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

17 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.?

18 Haben Sie Allergien?

nein  ja (welche?)

Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?

nein  ja

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?

19 Haben Sie folgende Beschwerden?  nein

	leicht	mittel	stark
Schlaflosigkeit / nächtliche Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
allg. Müdigkeit / Leistungsabfall	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress (allgemein)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stress (am Arbeitsplatz)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Partnerschaftskonflikte	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ängstlichkeit / Depressionen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
seelische Erkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

20 Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen oder Beschwerden?  nein

(seit) Jahr

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

21 Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

nein  ja (welche?)

.....  
.....



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

<b>Bemerkungen</b>

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

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

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

nein  
 ja, mütterlicherseits (welche?)

-----

ja, väterlicherseits (welche?)

-----

24 Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt ?

nein     ja  
- mit welchem Ergebnis?  
 unauffällig     auffällig

25 Wurde ein genetischer Test auf cystische Fibrose (CFTR) durchgeführt?

nein     ja  
- mit welchem Ergebnis?  
 unauffällig     auffällig

26 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

-----

**Wer ist Ihr behandelnder Männerarzt?**

-----

↓ Wird vom Arzt im Kinderwunschzentrum ausgefüllt ↓

<b>Sterilisation</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
----------------------	--------------------------	----------------------------

<b>ART Hauptindikation</b>	<input type="radio"/> weiblich	<input type="radio"/> männlich
	<input type="radio"/> beide	<input type="radio"/> idiopathisch

<b>Spermienbefund</b>
-----------------------

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="radio"/> Normozoospermie | <input type="radio"/> Asthenozoospermie |
| <input type="radio"/> Oligozoospermie | <input type="radio"/> Teratozoospermie  |
| <input type="radio"/> Nekrozoospermie | <input type="radio"/> Leukozoospermie   |
| <input type="radio"/> OAT °I          | <input type="radio"/> Azoospermie       |
| <input type="radio"/> OAT °II         | <input type="radio"/> Aspermie          |
| <input type="radio"/> OAT °III        |   |

<b>Hoden</b>
--------------

- |                                  |                                  |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> o.B.       | <input type="radio"/> Trauma     |
| <input type="radio"/> Entzündung | <input type="radio"/> Hochstand  |
| <input type="radio"/> Torsion    | <input type="radio"/> Hypoplasie |
| <input type="radio"/> Atrophie   | <input type="radio"/> Neoplasie  |

<b>Prostata</b>
-----------------

- |                                  |                                   |
|----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> o.B.       | <input type="radio"/> Hyperplasie |
| <input type="radio"/> Entzündung | <input type="radio"/> Neoplasie   |

<b>weiteres</b>
-----------------

- |                                      |                                       |                                  |
|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <input type="radio"/> Spermatozele   | <input type="radio"/> Hydrozele       | <input type="radio"/> Varikozele |
| <input type="radio"/> CAVD einseitig | <input type="radio"/> CAVD beidseitig |                                  |



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

**geplante Spermengewinnung**

- antegrade Ejakulation       retrograde Ejakulation
- epididymale Spermien       testikuläre Spermien
- MESA zweizeitig               TESE zweizeitig
- MESA einzeitig                 TESE einzeitig
- Elektrostimulation
- Auftau                             Kryokonservierung

**Infektionsserologie**

- HIV     HBV     HCV     TP     Chlam.

**Basishormone**

- FSH    LH       TSH    TESTO    DHEAS
- E2     HCG    PRG    PRL

**Genetik**

- Zytogramm     CFTR     AZF

Spermogrammtermin vereinbaren

Überweisung Urologie

Überweisung Anästhesie

Überweisung Humangenetik