



**! Bitte Fragebogen ausgefüllt an uns
zurückschicken! Danke !**

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder in Druckbuchstaben und gut lesbar aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an. Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.

Name:		
Vorname:		
Strasse/Nr.:		
PLZ/Ort:		
Telefon:	privat	beruflich
Handy:		
Fax:		
E-Mail:		
Beruf:		
Versicherung		

¹ Geburtsdatum: Alter

² Sind Sie miteinander verheiratet? ja nein
Seit wann besteht Ihre jetzige
Ehe (Lebenspartnerschaft) ? (Datum)

³ Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?
 ja, mit der jetzigen Partnerin Wann?.....
- nach Kinderwunschbehandlung? nein ja
 ja, mit anderer Partnerin Wann?.....
- nach Kinderwunschbehandlung? nein ja
Waren Sie bereits mit einer anderen Partnerin
ungewollt kinderlos? nein ja

⁴ Wurden Sie bereits von einem Männerarzt
untersucht? nein ja, am

- welches Ergebnis? unauffällig auffällig
Wurden Ihnen vom Männerarzt bereits
Medikamente verordnet? nein ja, (welche?)
.....

⁵ Haben Sie sich sterilisieren lassen?
 nein ja, (wann?)

- falls ja: Wurde der Versuch unternommen, dies
rückgängig zu machen?
 nein ja, (wann?)

⁶ Ist schon eine Spermauntersuchung erfolgt?
(Spermiogramm)
 nein ja, (wann?)

- mit welchem Ergebnis?: normal auffällig

⁷ Haben Sie Erektionsstörungen?
 nein ja, (seit wann?)

Haben Sie gelitten bzw. leiden Sie an
chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder
Hormonstörungen? nein ja

- falls ja, welche?
.....

⁸ Hatten Sie eine Hodenverletzung?
 nein ja (wann?)

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

Hatten Sie als Kind Hodenhochstand?
 nein ja : links ja : rechts
- falls ja, welche Therapie folgte?
 keine Hormongaben Operation
Hatten Sie eine Entzündung am Hoden oder
Nebenhoden? nein ja
- falls ja, links rechts, (wann?)

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

Hatten Sie einen Hodentumor?
 nein ja : links ja : rechts
- falls ja, wann? links: rechts:

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

Hatten / Haben Sie Krampfadern am Hoden?
 nein ja
- falls ja, sind Sie deshalb operiert worden?
 nein ja (wann?)

Wurden bereits Gewebeproben aus den Hoden
entnommen?
 nein ja : links ja : rechts
- falls ja, wann? links: rechts:

- mit welchem Ergebnis: normal auffällig

⁹ Gab es noch andere Operationen im
Unterleibs- oder Genitalbereich?
 nein ja (welche / wann) | Jahr

¹⁰ Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?
.....
.....

¹¹ Ist bei Ihnen eine Fehlbildung oder ein
 Fehlen der Samenleiter festgestellt worden?
 nein ja : links ja : rechts

¹² Wurde Ihre Prostata bereits untersucht?
 nein ja (wann?)

- mit welchem Ergebnis: normal auffällig



! Bitte Fragebogen ausgefüllt an uns zurückschicken! Danke !

13 Wie sind Ihr Körpergewicht und Ihre Größe? Gewicht (kg) Größe (cm) Haben Sie Gewichtsschwankungen (>4kg)?

14 Treiben Sie Sport? nie selten gelegentlich regelmäßig - falls ja, welche Sportarten?

15 Trinken Sie Alkohol? Rauchen Sie? Konsumieren Sie Genussmittel (Drogen)? Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?

16 Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt? Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?

17 Haben Sie Allergien? Haben Sie schon auf Medikamente allergisch reagiert? Nehmen Sie Medikamente gegen Allergie?

18 Leiden Sie insbesondere an folgenden Beschwerden? Table with symptoms and severity levels (leicht, mittel, stark).

19 Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden? Mumps, Diabetes (Zuckerkrankheit), Bluthochdruck, Epilepsie, Krebserkrankung / andere Tumore, Schilddrüsenerkrankungen.

20 Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

21 Leiden Sie an weiteren Begleiterkrankungen und welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein? Table with medication names.

22 Gibt es in Ihrer Familie ungewollte Kinderlosigkeit, gehäufte Fehlgeburtslichkeit oder Erbkrankheiten bzw. Krebserkrankungen oder andere schwere Leiden wie z.B. Diabetes, Thromboseneigung, Hypertonie etc...?

23 Wurde bei Ihnen bereits eine Erbgutuntersuchung (Chromosomenanalyse) veranlasst? - mit welchem Ergebnis?

24 Wurde ein genetischer Test auf cystische Fibrose (Mukoviszidose, CFTR) veranlasst? - mit welchem Ergebnis?

25 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt? (Name), (Adresse)

26 Wer ist Ihr behandelnder Männerarzt? (Name), (Adresse)

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Datenschutzerklärung zur Kenntnis genommen zu haben.