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:	
Geburtsname:	
Geburtsort:	
Adresse:	
Telefon:	
Beruf:	

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 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

4 **Wurden Sie bereits vom Männerarzt untersucht?**
◯ nein ◯ ja **(wann zuletzt?)** .....

- 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: Wurden Sie später wieder refertilisiert?
◯ nein ◯ ja **(wann?)** .....

6 **Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?**
◯ nein ◯ ja **(wann zuletzt?)** .....

- mit welchem Ergebnis? ☐ normal ☐ auffällig

7 **Haben Sie Erektionsstörungen?** ◯ nein ◯ ja

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

- falls ja, welche waren dies?

.....

.....

8 **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

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

◯ nein ◯ 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	☐	☐	☐
allg. Müdigkeit / Leistungsabfall	☐	☐	☐
Stress (allgemein)	☐	☐	☐
Stress (am Arbeitsplatz)	☐	☐	☐
Partnerschaftskonflikte	☐	☐	☐
Ängstlichkeit / Depressionen	☐	☐	☐
seelische Erkrankung	☐	☐	☐

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	

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

O nein O ja **(welche?)** **Medikamente**

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

O nein

O ja, mütterlicherseits **(welche?)**

O ja, väterlicherseits **(welche?)**

24 **Sind Sie Träger von oder haben Sie Kontakt zu Personen mit multiresistenten Erregern – z.B. MRSA?**

O nein O ja

25 **Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomen-untersuchung durchgeführt ?**

O nein O ja

- mit welchem Ergebnis?

O unauffällig O auffällig

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

O nein O ja

- mit welchem Ergebnis?

O unauffällig O auffällig

27 **Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?**

Wer ist Ihr behandelnder Männerarzt?

Bemerkungen

⇩ Wird vom Arzt im Kinderwunschzentrum ausgefüllt ⇩

Sterilisation	O ja	O nein

ART Hauptindikation	O weiblich	O männlich
	O beide	O idiopathisch

Spermienbefund

O Normozoospermie	O Asthenozoospermie
O Oligozoospermie	O Teratozoospermie
O Nekrozoospermie	O Leukozoospermie
O OAT °I	O Azoospermie
O OAT °II	O Aspermie
O OAT °III	

Hoden

O o.B.	O Trauma
O Entzündung	O Hochstand
O Torsion	O Hypoplasie
O Atrophie	O Neoplasie

Prostata

O o.B.	O Hyperplasie
O Entzündung	O Neoplasie

weiteres

O Spermatozele	O Hydrozele	O Varikozele
O CAVD einseitig	O CAVD beidseitig	

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

geplante Spermiengewinnung

O antegrade Ejakulation O retrograde Ejakulation
O epididymale Spermien O testikuläre Spermien
O MESA zweiseitig O TESE zweiseitig
O MESA einseitig O TESE einseitig
O Elektrostimulation
O Auftau O Kryokonservierung

Infektionsserologie

O HIV O HBV O HCV O TP O Chlam.

Basishormone

O FSH O LH O TSH O TESTO O DHEAS
O E2 O HCG O PRG O PRL

Genetik

O Zytogramm O CFTR O AZF

O Spermiogrammtermin vereinbaren

O Überweisung Urologie
O Überweisung Anästhesie
O Überweisung Humangenetik