



Bitte füllen Sie diesen Bogen möglichst vollständig aus und senden ihn noch vor dem Erstgespräch an uns zurück.

Bitte bringen Sie zum Termin in unserer Praxis Ihren Personalausweis/Pass sowie (falls vorhanden) Ihren Blutgruppen-Nachweis mit.

| | |
|--|--|
| Name: | Vorname: |
| Geburtsdatum: | |
| Strasse: | PLZ/Ort: |
| Krankenkasse: | Beruf: |
| Telefonnr.: | Mobil-Nr.: |
| E-Mail: | |
| Größe: | Gewicht: |
| Wer ist Ihr/-e behandelnde/-r Männerarzt/-ärztin? | |
| Wer ist Ihr/-e behandelnde/-r Hausarzt/-ärztin? | |
| Sind Sie gesund? | <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein |
| -wenn nein, an welchen Erkrankungen leiden Sie? | Bemerkungen: |
| <input type="radio"/> Diabetes (Zuckerkrankheit) | |
| <input type="radio"/> Epilepsie (Anfallsleiden) | |
| <input type="radio"/> Asthma/chronische Bronchitis | |
| <input type="radio"/> Magen/-Darmerkrankung | |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung | |
| <input type="radio"/> Nebennierenerkrankung | |
| <input type="radio"/> Lebererkrankung | |
| <input type="radio"/> Herz/Kreislaufkrankungen | |
| <input type="radio"/> Thrombosen | |
| <input type="radio"/> Krebs/ andere Tumorerkrankungen | |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenerkrankung | |
| <input type="radio"/> Andere Erkrankungen (Welche)? | |
| Wurde bei Ihnen schon eine genetische Untersuchung (Chromosomenanalyse) durchgeführt? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welches Ergebnis): <input type="radio"/> auffällig <input type="radio"/> unauffällig |
| Wurde bei der genetischen Untersuchung auch ein spezieller Test des CFTR-Gens auf zystische Fibrose (Mukoviszidose) durchgeführt? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welches Ergebnis): <input type="radio"/> auffällig <input type="radio"/> unauffällig |
| Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten/Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (Welche)? |



| | |
|---|--|
| Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (Welche/Wann)? |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welche): |
| Haben Sie Erektionsstörungen? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| Hatten Sie eine Hodenverletzung? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wann?): _____ |
| Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja-links <input type="radio"/> Ja-rechts |
| Hatten Sie einen Hodentumor? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja-links <input type="radio"/> Ja-rechts (wann) _____ |
| Hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wann?): _____ |
| Hatten Sie Mumps? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wann?): _____ |
| Haben Sie Allergien? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welche): |
| Haben Sie speziell eine Allergie gegen Antibiotika? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welches): |
| Seit wann besteht Ihr Kinderwunsch? | Monat _____ Jahr _____ |
| Haben Sie bereits Schwangerschaften erzielt? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (Wieviele)?: _____ |
| | <input type="radio"/> mit jetziger Partnerin _____ (Jahr) |
| | <input type="radio"/> mit anderer Partnerin _____ (Jahr) |
| Sind Sie miteinander verheiratet? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (seit wann?) _____ |
| Rauchen Sie? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wie viele Zig./Tag): |
| Trinken Sie Alkohol? | <input type="radio"/> nie <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig |
| Nehmen Sie Aufputzmittel/Dopingmittel/Drogen? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (was/seit wann/wie oft?) _____ |
| Reiseanamnese: Waren Sie innerhalb der letzten 6 Monaten im Ausland (insb. in Zika-; Malaria- Virusgebieten o.ä.)? Hatten Sie Beschwerden? Unklares Fieber? Durchfall? Hautausschläge? Juckreiz? | Wann? _____ Wo? _____ <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja |
| Wurde bei Ihnen bereits eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wann?) _____ |
| Mit welchem Ergebnis? | <input type="radio"/> auffällig <input type="radio"/> unauffällig |
| Wurden Sie bereits vom Männerarzt (Urologen) untersucht? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wann?) _____ |
| Mit welchem Ergebnis? | <input type="radio"/> auffällig <input type="radio"/> unauffällig |
| Schicken Sie uns bitte alle Befunde der vorausgegangenen Untersuchungen mit | |
| Haben Sie sich sterilisieren lassen? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wann): _____ |
| -falls ja: Wurde die Sterilisation später wieder rückgängig gemacht (Refertilisierung)? | <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wann): _____ |

Vielen Dank !!!!