



**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.**

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Geburtsdatum:</b>	<b>Geburtsname:</b>
<b>Geburtsland:</b>	<b>Geburtsort:</b>
<b>Straße:</b>	<b>PLZ/Ort:</b>
<b>Krankenkasse:</b>	<b>Beruf:</b>
<b>Telefonnr.:</b>	<b>Mobil-Nr.:</b>
<b>E-Mail:</b>	
<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>
<b>Sind Sie miteinander verheiratet?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (seit wann?) _____
<b>Wer ist Ihr/-e behandelnde/-r Männerarzt/-ärztin?</b>	
<b>Wer ist Ihr/-e behandelnde/-r Hausarzt/-ärztin?</b>	
<b>Sind Sie gesund?</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
-wenn nein, an welchen Erkrankungen leiden Sie?	<b>Bemerkungen:</b>
<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)?	
<b>Wurde bei Ihnen schon eine genetische Untersuchung (Chromosomenanalyse) durchgeführt?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welches Ergebnis): <input type="radio"/> auffällig <input type="radio"/> unauffällig
<b>Wurde bei der genetischen Untersuchung auch ein spezieller Test des CFTR-Gens auf zystische Fibrose (Mukoviszidose) durchgeführt?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welches Ergebnis): <input type="radio"/> auffällig <input type="radio"/> unauffällig
<b>Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten/Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (Welche)?



<b>Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (Welche/Wann)?
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welche):
<b>Haben Sie Erektionsstörungen?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja
<b>Hatten Sie eine Hodenverletzung?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wann?): _____
<b>Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja-links <input type="radio"/> Ja-rechts
<b>Hatten Sie einen Hodentumor?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja-links <input type="radio"/> Ja-rechts (wann) _____
<b>Hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wann?): _____
<b>Hatten Sie Mumps?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wann?): _____
<b>Haben Sie Allergien?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welche):
<b>Haben Sie speziell eine Allergie gegen Antibiotika?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (welches):
<b>Seit wann besteht Ihr Kinderwunsch?</b>	Monat _____ Jahr _____
<b>Haben Sie bereits Schwangerschaften erzielt?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (Wieviele)?: _____
	<input type="radio"/> mit jetziger Partnerin _____ (Jahr)
	<input type="radio"/> mit anderer Partnerin _____ (Jahr)
<b>Rauchen Sie?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wie viele Zig./Tag):
<b>Trinken Sie Alkohol?</b>	<input type="radio"/> nie <input type="radio"/> selten <input type="radio"/> gelegentlich <input type="radio"/> regelmäßig
<b>Nehmen Sie Aufputzmittel/Dopingmittel/Drogen?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (was/seit wann/wie oft?)
<b>Reiseanamnese:</b> 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
<b>Wurde bei Ihnen bereits eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wann?) _____
Mit welchem Ergebnis?	<input type="radio"/> auffällig <input type="radio"/> unauffällig
<b>Wurden Sie bereits vom Männerarzt (Urologen) untersucht?</b>	<input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja (wann?) _____
Mit welchem Ergebnis?	<input type="radio"/> auffällig <input type="radio"/> unauffällig
<b><i>Schicken Sie uns bitte alle Befunde der vorausgegangenen Untersuchungen mit</i></b>	
<b>Haben Sie sich sterilisieren lassen?</b>	<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!**