



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: _____

Haben Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen gelitten?
O nein O ja
- falls ja, welche waren dies?

1 Geburtsdatum: _____ Alter: _____

8 Hatten Sie eine Hodenverletzung?
O nein O ja (wann?) _____
- falls ja, welche Therapie erfolgte?

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

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?
O nein O ja: links O ja: rechts
- falls ja, welche Therapie erfolgte?

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

Hatten Sie eine Entzündung der Hoden?
O nein O ja (wann?) _____
- falls ja, welche Therapie erfolgte?

Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?
O nein O ja

Hatten Sie einen Hoden-Tumor?
O nein O ja: links O ja: rechts
- wann? links: _____ rechts: _____
- welche Therapie erfolgte?

4 Wurden Sie bereits vom Männerarzt untersucht?
O nein O ja (wann zuletzt?) _____
- welches Ergebnis? O unauffällig O auffällig

Hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?
O nein O ja
- falls ja, sind Sie deshalb operiert worden?
O nein O ja (wann?) _____

Wurden Ihnen vom Männerarzt bereits Medikamente verordnet?
O nein O ja (welche?) _____

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

5 Haben Sie sich sterilisieren lassen?
O nein O ja (wann?) _____
- falls ja: Wurden Sie später wieder refertilisiert?
O nein O ja (wann?) _____

9 Gab es schon andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?
O nein O ja (welche?) _____ Jahr

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



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	

Bemerkungen

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

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

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 ↓

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

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

Spermienbefund

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <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 | |

Hoden

- | | |
|----------------------------------|----------------------------------|
| <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 |

Prostata

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

weiteres

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|
| <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