



Fragebogen für den MANN

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen Sie diesen für Ihre Kinderwunsch-Behandlung sehr wichtigen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir Sie bestmöglich betreuen und die optimale Therapieform für Sie wählen!

1. Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

Nein

Ja, mit meiner jetzigen Partnerin

Nach einer Kinderwunschbehandlung?

Ja, mit einer früheren Partnerin

Nach einer Kinderwunschbehandlung?

2. Leiden Sie bzw. haben Sie an folgenden Störungen / Erkrankungen des Reproduktionssystems gelitten?

Erkrankung / Symptom	JA	Behandlung / Kommentar
Fehlbildung der Samenleiter	<input type="checkbox"/>	
Hodenhochstand als Kind	<input type="checkbox"/>	
Entzündung der Hoden	<input type="checkbox"/>	
Hodenverletzung	<input type="checkbox"/>	
Krampfadern am Hoden (Varikozele)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> noch nicht operiert <input type="checkbox"/> operiert im Jahr:
Hodentumor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> noch nicht operiert <input type="checkbox"/> operiert im Jahr:
Sterilisation (Vasektomie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> nicht rückoperiert <input type="checkbox"/> wurde rückoperiert im Jahr:
Erektionsstörung	<input type="checkbox"/>	

Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!



Fragebogen für den MANN

3. Wurden bei Ihnen bereits **Gewebeproben aus dem Hoden** entnommen (TESE)?

Nein Ja und zwar im Jahr: _____

4. Leiden Sie oder haben Sie an folgenden **Erkrankungen** gelitten?

ERKRANKUNGEN	JA	Kommentar
Medikamentenallergie (z.B. Antibiotika, Aspirin, Schmerzmittel usw.)		gegen:
Hepatitis B oder C Wann?		<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> abgelaufen behandelt mit:
HIV		behandelt mit:
Syphilis (Geschlechtskrankheit) Wann?		behandelt mit:
Chlamydieninfektion Wann?		behandelt mit:
Krebs		und zwar: Behandlung: <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Bestrahlung
Mumpserkrankung		Mit Hodenbeteiligung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!

5. Nehmen sie regelmäßig **Medikamente** ein?

Name des Medikaments	Dosierung	Seit wann & Warum?



Fragebogen für den MANN

6. Wurden bei Ihnen **genetische Untersuchungen** (z.B. Chromosomenanalyse) durchgeführt?

Nein Ja, und zwar: _____

Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns diesen Befund!

7. Gibt es in Ihrer Familie **Erbkrankheiten** (z.B. Mukoviszidose / Cystische Fibrose, Duchenne's Muskelerkrankung, usw.)?

Nein Ja, und zwar: _____

8. Wie **groß** und wie **schwer** sind Sie derzeit? _____ cm _____ kg

9. **Rauchen Sie?**

Nein Ja, und zwar _____ Zigaretten pro Tag.

Ich bin Nichtraucher seit _____ Jahren.

10. Trinken Sie mehr als vier **alkoholische Getränke** pro Woche?

Nein Ja, und zwar _____ alkoholische Getränke.

11. Betreiben Sie regelmäßig **Sport mit übermäßiger Belastung?**
(z.B. Marathontraining, exzessives Gewichtheben, Leistungssport, usw.)

Nein Ja Kommentar: _____

12. Haben Sie den Eindruck, dass Sie der Kinderwunsch **psychisch belastet** & würden Sie gerne unverbindliche Einladungen zu unseren **Entspannungsgruppen** erhalten?

Nein Ja

Gut zu wissen! 

Wir danken Ihnen für die Übermittlung aller notwendigen Befunde / Unterlagen, damit wir Ihr Erstgespräch optimal vorbereiten können und Sie keine wertvolle Zeit verlieren!