



Fragebogen für den MANN

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte nehmen Sie sich einige 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!

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. das Kommentarfeld ausfüllen.

1. Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

Nein

Ja, mit meiner jetzigen Partnerin

Ja, mit einer früheren Partnerin

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

Erkrankung / Symptom	JA	Kommentar (genaue Diagnose, Behandlung...)
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"/>	Wann? Behandlung: <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Operiert im Jahr: <input type="checkbox"/> Noch nicht operiert:
Sterilisation (Vasektomie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nicht rückoperiert <input type="checkbox"/> Wurde rückoperiert im Jahr:
Erektionsstörung	<input type="checkbox"/>	
Ich habe Schwierigkeiten in einer fremden Umgebung Samen abzugeben.	<input type="checkbox"/>	

Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!



Fragebogen für den MANN

3. 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 Wann? Behandelt mit:
HIV		Wann? Behandelt mit:
Syphilis (Geschlechtskrankheit)		Wann? Behandelt mit:
Chlamydieninfektion		Wann? Behandelt mit:
Mumpserkrankung		Mit Hodenbeteiligung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Andere ERKRANKUNGEN , die für uns <u>wichtig</u> sein könnten?		

4. Hatten Sie andere **Operationen**, die für uns wichtig sein könnten?

OPERATION	Kommentar

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

7. Rauchen Sie?

- Nein
 Ja, und zwar _____ Zigaretten pro Tag.
 Ich bin Gelegenheitsraucher.
 Ich bin Nichtraucher seit _____ Jahren.

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

- Nein Ja, und zwar _____ alkoholische Getränke.

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

- Nein Ja Kommentar: _____

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

- Nein Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

.....
Datum

.....
Unterschrift
(handschriftlich)

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!