



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:	
Versicherung:	
Beihilfe:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein

**Haben Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen gelitten?**

nein  ja

- falls ja, welche waren dies?

**8 Hatten Sie eine Hodenverletzung?**

nein  ja (wann?)

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

**Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?**

nein  ja: links  ja: rechts

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

keine  Hormongaben  Operation

**Hatten Sie eine Entzündung der Hoden?**

nein  ja (wann?)

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

**Hatten Sie einen Hoden-Tumor?**

nein  ja: links  ja: rechts

- wann? links: rechts:

- welche Therapie erfolgte?

**Hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?**

nein  ja

- falls ja, sind Sie deshalb operiert worden?

nein  ja (wann?)

**Wurden bereits Gewebeproben aus den Hoden entnommen?**

nein  ja, links  ja, rechts

- wann? links: rechts:

- mit welchem Ergebnis?  unauffällig  auffällig

**9 Gab es schon andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?**

nein  ja (welche?)

Jahr


**1 Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_

**2 Sind Sie miteinander verheiratet?**  ja  nein

**Seit wann besteht Ihre jetzige Ehe (Lebenspartnerschaft)?** \_\_\_\_\_ (Datum)

**3 Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?**

ja, mit jetziger Partnerin **Wann?** \_\_\_\_\_

- nach Kinderwunschbehandlung?  nein  ja

ja, mit anderer Partnerin **Wann?** \_\_\_\_\_

- nach Kinderwunschbehandlung?  nein  ja

**Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?**

nein  ja

**4 Wurden Sie bereits vom Männerarzt untersucht?**

nein  ja (wann zuletzt?)

- welches Ergebnis?  unauffällig  auffällig

**Wurden Ihnen vom Männerarzt bereits Medikamente verordnet?**

nein  ja (welche?)

**5 Haben Sie sich sterilisieren lassen?**

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

- falls ja: Wurden Sie später wieder refertilisiert?

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

**6 Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?**

nein  ja (wann zuletzt?) \_\_\_\_\_

- mit welchem Ergebnis?  normal  auffällig

**7 Haben Sie Erektionsstörungen?**  nein  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? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Bluthochdruck	.....
Epilepsie	.....
Krebs / andere Tumore	.....
- welche? .....	
Schilddrüsenerkrankung	.....

21 Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

- nein     ja (welche?)



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum	

<b>Bemerkungen</b>

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

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

**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** ↓

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

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

<b>Spermienbefund</b>
-----------------------

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

<b>Hoden</b>
--------------

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

<b>Prostata</b>
-----------------

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

<b>weiteres</b>
-----------------

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