



# Fragebogen

## Kinderwunsch Mann



Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ mobil \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Urologe / Androloge? \_\_\_\_\_



## Anamnese Kinderwunsch

Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Wenn ja, mit jetziger Partnerin? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Nach Kinderwunschbehandlung? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?

Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Wurden Sie bereits vom Männerarzt untersucht? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? unauffällig \_\_\_ auffällig \_\_\_

Wurde eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Mit welchem Ergebnis? Normal \_\_\_ auffällig \_\_\_

Wurden Ihnen vom Männerarzt Medikamente verordnet? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie sich sterilisieren lassen? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Falls ja, wurden Sie später wieder refertilisiert? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Haben Sie Erektionsstörungen? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Hatten Sie eine Hodenverletzung / Prelltrauma? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand? Nein \_\_\_ Ja \_\_\_

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Wie behandelt?

\_\_\_\_\_

Hatten Sie einen Hodentumor? Nein  Ja  Wenn ja, welche Seite? \_\_\_\_\_  
Wann? \_\_\_\_\_ Welche Therapie ist erfolgt?

---

Hatten Sie Krampfadern am Hoden? Nein  Ja   
Wenn ja, sind Sie deshalb operiert worden? Nein  Ja

Wurden bereits Gewebeproben aus den Hoden entnommen? Nein  Ja   
Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ Mit welchem Ergebnis?

---

Gab es schon Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich? Nein  Ja   
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---



## Allgemeine Anamnese

Haben oder hatten Sie Erkrankungen wie

Mumps  Diabetes  Herz  Kreislauf  Nieren  Leber   
Lunge  Krebs/andere Tumoren  Infektionen (z. B. Hepatitis, HIV)   
andere \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein  Ja  Falls ja, welche?

---

Gewicht \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ cm BMI \_\_\_\_\_

Haben Sie Allergien? Nein  Ja  Wenn ja, welche?

---

Rauchen Sie?

Nein  Ja  Falls ja, wieviel? \_\_\_\_\_ Zig./Tag

Trinken Sie Alkohol?

nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)? Nein  Ja  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel? Nein  Ja  Wenn ja, welche?

---

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, ungewollte Kinderlosigkeit oder wiederholt Fehlgeburten? Nein  Ja  Wenn ja, welche?

---

Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt?

Nein  Ja

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? unauffällig  auffällig

Wurde ein genetischer Test auf cystische Fibrose (CFTR)/ $\gamma$ -Deletion (AZF) durchgeführt? Nein  Ja

Wenn ja, mit welchem Ergebnis? unauffällig  auffällig