



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:	
Geburtsname:	
Geburtsort:	
Adresse:	
Telefon:	
Beruf:	

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

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 Gewebeprobe 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

.....

.....

.....



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?

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> Schichtarbeit |
| <input type="radio"/> Lärm | <input type="radio"/> fehlendes Tageslicht |
| <input type="radio"/> Hitze | <input type="radio"/> Kälte |
| <input type="radio"/> Stäube | <input type="radio"/> schwere körperliche Belastung |
| <input type="radio"/> Chemikalien | <input type="radio"/> 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	

Bemerkungen

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

nein 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 Sind Sie Träger von oder haben Sie Kontakt zu Personen mit multiresistenten Erregern – z.B. MRSA?

nein ja

--

25 Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt ?

nein ja
- mit welchem Ergebnis?
 unauffällig auffällig

--

26 Wurde ein genetischer Test auf cystische Fibrose (CFTR) durchgeführt?

nein ja
- mit welchem Ergebnis?
 unauffällig auffällig

--

27 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 zweiseitig TESE zweiseitig
 MESA einseitig TESE einseitig
 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