

FRAGEBOGEN FÜR DEN Mann

Bitte beantworten Sie die nachfolgenden Fragen als Grundlage für unser erstes Gespräch und bringen Sie den ausgefüllten Bogen, Ihre Versicherungskarte und einen Überweisungsschein zum vereinbarten Termin mit.

Wenn etwas unklar ist, bitte mit Fragezeichen markieren.

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Strasse/Nr.:

Wohnort/PLZ:

Telefon Festnetz:

Telefon Handy:

e-mail:

Name /Vorname/ Geburtsdatum Ihres Partners:

Hausarzt (Name/Ort):

Urologe (Name/Ort)

Körpergewicht (Kilogramm) _____ kg

Größe (cm) _____ cm

Was ist Ihr Beruf? _____

Gibt es besondere gesundheitliche Belastungen durch den Beruf?

Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel?

Rauchen Sie?

nein 1-5 Zig./ Tag

6-10 Zig./Tag 11-15 Zig./d

16-20 Zig./Tag mehr als 20

Nehmen Sie andere Genussmittel zu sich ?

Betreiben Sie regelmäßig Sport? nein

ja (wenn ja, bitte Art des Sport benennen)

Wieviele Stunden pro Woche: _____

Hatten Sie in den letzten 3 Monaten Fieber höher als 38°C oder andere vorübergehender Erkrankungen?

Haben Sie Allergien, besonders aus dem medizinischen Bereich?

Penicillin Latex andere

Kennen Sie Ihre Blutgruppe? ja nein

Bitte Blutgruppenausweis mitbringen!

Blutgruppe:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Vitamine oder Hormone ein?

Andere Medikamente in den letzten 3 Monaten ?

Wurden vom Urologen Medikamente verschrieben?

Welche ? _____

UROLOGISCHE VORGESCHICHTE

FRAGEBOGEN FÜR DEN Mann

Wann war die letzte urologische Untersuchung?
(Monat/ Jahr) _____

O nein O ja

Wurden bereits Spermioogramme durchgeführt?
Onein Oja (wann zuletzt)? _____

Therapie: _____

(bitte Befunde von allen Spermioogrammen mitbringen)

Sterilisation O nein O ja

Refertilisierung O nein O ja

Hodenbiopsie O nein O ja Jahr: _____

Anlage von Kryosperma O nein O ja Jahr: _____

Ist in dieser Partnerschaft bereits eine Schwangerschaft eingetreten?
O nein Oja Wann? _____

ALLGEMEINE VOERERKRANKUNGEN

Nach Kinderwunschbehandlung?
Ist in einer anderen Partnerschaft eine Schwangerschaft eingetreten?

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden:

O Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)

O Herz/Kreislauf/Gefäßerkrankungen:.. z.B:

O Bluthochdruck Oandere _____

O Epilepsie O psychische Erkrankungen

O Tumorerkrankungen: _____

O Erbkrankheiten: _____

O andere: _____

O nein Oja Wann? _____
Nach Kinderwunschbehandlung? _____

Waren Sie mit einer anderen Partnerin bereits ungewollt kinderlos?
Onein Oja Wieviele Jahre bestand damals der Kinderwunsch? _____

Hatten Sie die folgenden Erkrankungen oder Eingriffe im Genitalbereich?

FAMILIE

Gibt es in der engeren Familie (Eltern, Großeltern, Geschwister) folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden? Bei wem?

O Krebserkrankung : _____

O ungewollte Kinderlosigkeit _____

O Erbkrankheiten oder Kinder mit angeborenen Auffälligkeiten ? : _____

Hodenhochstand O nein Oja
Therapie: _____

Leistenbruch O nein O ja

Mumps O nein O ja

Hodenverletzung O nein Oja

Therapie: _____

HodenentzündungOnein O ja

Hodentumor O nein Oja Seite: _____

Therapie: _____

Krampfadern am Hoden (Varikozele)

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!