

Name, Vorname _____ geb. _____

Partnerin (Name, Vorname) _____ geb. _____

Beruf _____

	ja	nein	Bemerkung
aktuell berufstätig?			
verheiratet			
verwandt (mit Partner*in)			

Kinderwunsch / gemeinsamer Kinderwunsch seit _____

Gewicht _____ kg Größe _____ cm BMI _____

Allgemeine Krankengeschichte & Risikofaktoren:

Haben Sie sich bereits einmal wegen einer der folgenden Erkrankungen in ärztlicher Behandlung befunden?

	ja	nein	Bemerkung
Schilddrüsenerkrankung			
Thrombose			
Bluthochdruck			
Diabetes			
Epilepsie			

Leiden Sie unter anderen Erkrankungen (angeborene, erworbene oder chronische Erkrankungen), Infektionen, Z.n. Unfällen, nicht aufgeführte Zustände?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

Nein

Ja

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie, in welcher Dosis?

Wurde bei Ihnen eine genetische Untersuchung durchgeführt?

Nein

Ja

Wenn ja, warum, wann, was wurde untersucht und erfolgte eine genetische Beratung?

Leiden Sie unter Allergien?

Nein

Ja

Wenn ja, unter welchen Allergien leiden Sie?

Haben Sie beruflich oder in Ihrer Freizeit Kontakt mit Schadstoffen, z. B. Lacken, Lösungsmitteln, Schwermetallen, Insektiziden etc.?

Nein

Ja

Wenn ja, mit welchen?

Krankheiten in der Familie z. B. Erbkrankheiten, Krebskrankheiten, Thrombose etc.

Rauchen Sie?

Nein

Ja

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Wie oft trinken Sie Alkohol?

Nein

Ja

Wenn ja, wie oft? _____

Nehmen oder nahmen Sie Drogen oder Ähnliches ein?

Nein

Ja

Wenn ja, wann und was? _____

Schwangerschaften

Haben Sie bereits eine Schwangerschaft gezeugt?

Nein

Ja

	Monat/Jahr	SSW	Ausgang der Schwangerschaft*	Gewicht	Geschlecht	
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

(*Spontan-Geburt, Kaiserschnitt, Fehlgeburt, Abbruch oder Eileiterschwangerschaft)

Schwangerschaft nach Kinderwunsch-Behandlung? _____

Schwangerschaften mit *jetziger* Partnerin (obige Nr.) _____

Wie häufig haben Sie sexuellen Verkehr? _____

Andrologische Krankengeschichte

Erfolgte bei Ihnen eine Samenuntersuchung/ wurden Spermogramme erstellt?

Nein

Ja

Wenn ja, wann (Jahr)?

bitte Befund mitbringen

Bestand ein Hodenhochstand?

Nein

Ja

Wenn ja, wann wurde dieser behandelt und wie? (Jahr/Eingriff)?

Hatten Sie eine Entzündung (Mumps, Entzündung der Prostata, Geschlechtskrankheiten) oder Verletzung im Genitalbereich?

Nein

Ja

Wenn ja, was und wie wurde behandelt?

Vorausgegangene Operationen

Hatten Sie Operationen an Unterbauchorganen, Hoden, Prostata, hatten Sie Leistenbrüche?

Nein

Ja

Wenn ja, welche Operation, wann und wo?

Ist bei Ihnen eine Sterilisation durchgeführt worden?

Nein

Ja

Wenn ja, welche Art der Sterilisation und wo?

Halten Sie noch etwas für wichtig, das bisher nicht gefragt wurde? Wie z. B. besondere Belastung, Konfliktsituationen, Sexualstörung u. a.

Raum für weitere Anmerkungen:



Praxis für
Kinderwunsch & Hormone
Hamburger Straße

Fragebogen Kinderwunsch Erstgespräch Mann

Hiermit bestätige ich, dass die Angaben in dem Fragebogen wahrheitsgetreu sind. Sollten sich im Laufe der Behandlungszeit Änderungen ergeben, werde ich diese der Praxis für Kinderwunsch und Hormone – Hamburger Straße unverzüglich und unaufgefordert mitteilen.

Name, Vorname

, den

Unterschrift