



**Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an.  
 Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.**

Datum Erstgespräch: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_ Überweiser: \_\_\_\_\_

Name:	
Vorname:	
Adresse: Straße:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon:	
Handy:	
E-Mail-Adresse:	
Krankenkasse:	
Name Partnerin:	

<sup>1</sup> **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_ **Alter:** \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> **Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> **Wie sind Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?**  
 Gewicht (Kilo): \_\_\_\_\_ Größe (cm): \_\_\_\_\_  
**BMI:** \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> **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

<sup>5</sup> **Wurden Sie bereits vom Urologen untersucht?**  
 nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_  
**Wurden Ihnen vom Urologen bereits Medikamente verordnet?**  
 nein  ja (welche?) \_\_\_\_\_

<sup>6</sup> **Haben Sie sich sterilisieren lassen?**  
 nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_  
 - falls ja: **Wurden Sie später wieder refertilisiert?**  
 nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

<sup>7</sup> **Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?**  
 nein  ja (wann zuletzt?) \_\_\_\_\_  
 - mit welchem Ergebnis?  normal  auffällig

<sup>8</sup> **Haben Sie Erektionsstörungen?**  nein  ja  
**Leiden Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen?**  
 nein  ja  
 - falls ja, welche waren dies?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

<sup>9</sup> **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 eine Hodenverletzung?**  
 nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_  
 - falls ja, welche Therapie erfolgte?  
 \_\_\_\_\_

**Hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?**  
 nein  ja  
 - falls ja, sind Sie deshalb operiert worden?  
 nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

**Hatten Sie einen Hoden-Tumor?**  
 nein  ja: links  ja: rechts  
 - wann? links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_  
 - welche Therapie erfolgte?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_



10 Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt worden?

- nein  ja, links  ja, rechts

11 Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen oder Beschwerden?  nein (seit) Jahr

- Mumps .....
Diabetes (Zucker) .....
- insulinpflichtig?  ja  nein
Bluthochdruck .....
Epilepsie .....
Krebs / andere Tumore .....
- welche? .....
Schilddrüsenerkrankung .....

12 Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

- nein  ja (welche?)

13 Haben Sie Allergien?

- nein  ja (welche?)

14 Trinken Sie Alkohol?

- nie  selten  gelegentlich  regelmäßig

Rauchen Sie?

- ja  nein  gelegentlich
 mehr als 20 (Anzahl?) .....

15 Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Fehl- oder Totgeburten, oder ungewollte Kinderlosigkeit?

- nein
 ja, (welche?)

16 Welcher Tätigkeit gehen sie nach?

17 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

(Name und Adresse)

Wer ist Ihr behandelnder Männerarzt?

(Name und Adresse)

18 Von wem wurden wir empfohlen?

19 Waren Sie in den letzten 12 Monaten im außereuropäischen Ausland?

- nein  ja

Bitte bringen Sie zum Erstgespräch auch Ihren Personalausweis oder Reisepass mit. Besten Dank.