

Fragebogen Mann

Bitte senden Sie diesen Fragebogen so schnell wie möglich an uns zurück. Sollten Sie bereits Vorbefunde anderer Ärzte haben, senden Sie uns auch diese vorab zu.
Vielen Dank!

Nachname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Beruf _____
Geburtsname _____	Geburtsort _____
Telefonnummer _____	Handy-Nr. _____
Straße, Hausnummer _____	PLZ / Wohnort _____
Krankenversicherung _____	Beihilfeanspruch _____
Lebenspartnerschaft seit _____	Verheiratet seit _____
E-Mail Adresse _____	
Urologin/e (mit Adresse) _____	
Falls Informationsweitergabe gewünscht, Hausärztin/-arzt (mit Adresse) _____	

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg Alter _____

Haben Sie eine Vermutung, warum Ihr Kinderwunsch bislang unerfüllt geblieben ist?	_____		
Gibt es von Ihnen gezeugte Schwangerschaften oder Fehlgeburten? Wenn ja, wann?	Schwangerschaft/ Datum	mit aktueller Partnerin	mit anderer Partnerin
	1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen (z.B. Sterilisation, Hodenhochstand)	Operationen im Genitalbereich: _____ _____ Hodenhochstand rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> • Operation (Orchidopexie) _____ (Datum) rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> • Hormontherapie (HCG <input type="checkbox"/> / FSH <input type="checkbox"/> / HMG <input type="checkbox"/> / GnRH <input type="checkbox"/> _____ (Jahr) Hodenentzündung _____ (Datum) Nebenhodenentzündung _____ (Datum) Samenleiterentzündung _____ (Datum) Sterilisation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Erkrankungen und aktuelle Medikamente	_____		
Erbkrankheiten in der Familie	_____		
Allergien, vor allem gegen Medikamente	_____		
Nikotin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Anzahl pro Tag		
Häufigkeit Geschlechtsverkehr	_____ Mal <input type="checkbox"/> pro Woche <input type="checkbox"/> pro Monat <input type="checkbox"/> sehr selten		
Probleme beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche _____		

Bitte wenden

<p>Wurde eine Samenuntersuchung durchgeführt? Wenn ja, wann, wo und mit welchem Ergebnis? (Bitte legen Sie den Befund mit bei)</p>	
<p>Wurde eine urologische /andrologische Untersuchung durchgeführt? Wenn ja, wann, wo und mit welchem Ergebnis? (Bitte legen Sie den Befund mit bei)</p>	
<p>Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?</p>	<p> <input type="checkbox"/> Frauenarzt/ -ärztin <input type="checkbox"/> Hausarzt/ -ärztin <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> Zeitung <input type="checkbox"/> Sonstiges </p>