



Um das Beratungsgespräch gut vorbereiten zu können, möchten wir Sie bitten, nachfolgende Felder auszufüllen bzw. zutreffende Felder anzukreuzen. Unklare Fragen bitte mit einem Fragezeichen markieren. Vielen Dank

Name:	
Vorname:	
Adresse:	
Telefon:	
Mobil	
Mail	
Beruf:	

Geburtsdatum: ..... Alter: .....

### Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

Gewicht (Kilo): ..... Größe (cm): .....

### 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

### Nehmen Sie aktuell Medikamente ein?

.....  
.....

### Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

ja, mit jetziger Partnerin Wann? .....  
 ja, mit anderer Partnerin Wann? .....  
- nach Kinderwunschbehandlung?  nein  ja

### Wurden Sie bereits vom Urologen untersucht?

nein  ja (wann zuletzt?) .....  
- welches Ergebnis?  unauffällig  auffällig

### Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?

nein  ja (wann zuletzt?) .....  
- mit welchem Ergebnis?

#### Spermienbefund

Normozoospermie  Asthenozoospermie  
 Oligozoospermie  Teratozoospermie  
 Nekrozoospermie  Azoospermie  
 sonstige

### Haben Sie sich sterilisieren lassen?

nein  ja (wann?) .....  
- falls ja: Wurden Sie später wieder refertilisiert?  
 nein  ja (wann?) .....

### Hatten Sie

- eine Hodenverletzung ?  nein  ja
- als Kind einen Hodenhochstand ?  nein  ja
- eine Hoden-Operation ?  nein  ja
- einen Hodentumor ?  nein  ja
- Krampfadern am Hoden ?  nein  ja
- falls ja, welche Therapie erfolgte?

### Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt worden?

nein  ja, links  ja, rechts

### Haben Sie Allergien? (insb. gegen Antibiotika)

nein  ja (welche?)

### Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden?

- nein
- Mumps
  - Diabetes (Zuckerkrankheit)
  - insulinpflichtig?  ja  nein
  - Lebererkrankung / Hepatitis
  - Epilepsie
  - Schilddrüsenerkrankung
  - Herz-/ Kreislauf-/ Gefäßerkrankung (Blutdruck)
  - Thrombose
  - Krebs / andere Tumore
  - welche? .....
  - Sonstiges .....

### Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, gehäufte Fehlgeburten, Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?

nein  ja, (welche?)

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Datum, Unterschrift