



Fragebogen für den Mann

Name: Vorname: Geb.-Datum:

Adresse:

Telefon-Nr. privat: mobil: geschäftlich:

Krankenkasse Beruf:

Urologe: E-Mail:

Sind Sie mit Ihrem Partner verheiratet? ja nein Größe Gewicht

1. Wann hat bei Ihnen die Entwicklung der Scham und Achselbehaarung eingesetzt? mit.....Jahren

2. Wann hat bei Ihnen der Stimmbruch eingesetzt? mit.....Jahren

3. Ist Ihr Bartwuchs eher spärlich durchschnittlich kräftig

4. Haben Sie eine Verminderung Ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit bemerkt?
 nein ja, seit.....

5. Haben Sie eine Verminderung Ihres sexuellen Verlangens (Libido) bemerkt?
 nein ja, seit.....

6. Haben Sie Probleme bei der Ausübung des Sexualverkehrs (z.B. räumliche Trennung von Partnerin, Schmerzen, organische Schwierigkeiten), die Ihrer Meinung nach für die Kinderlosigkeit von Bedeutung sein könnten?

nein ja,

7. Haben Sie bereits ein eigenes Kind/ Kinder? nein ja
falls ja: mit jetziger Partnerin mit anderer Partnerin

8. Wurde schon einmal das Sperma/die Samenzellen untersucht? nein ja

falls ja:	wann	wo	Ergebnis
.....
.....

9. Wurde bei Ihnen bereits eine Behandlung wegen eingeschränkter Zeugungsfähigkeit/ungünstiger Samenqualität durchgeführt?

nein ja

falls ja:	wann	wo	Therapieform/Medikamente
.....
.....

10. Wurde bereits eine körperliche Untersuchung des Genitales, ggf. Blutuntersuchungen (Hormone) vom Urologen durchgeführt?

nein ja (bitte Befundbericht mitbringen)

11. Hatten oder haben sie eine der folgenden Erkrankungen?

keine

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung | <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung | <input type="checkbox"/> Nebennierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie | <input type="checkbox"/> Migräne | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Herz-, Kreislauf-, Gefäßerkrankung | <input type="checkbox"/> Epileptische Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern | <input type="checkbox"/> Krebs/andere Tumore | <input type="checkbox"/> Seelische Erkrankung |
| <input type="checkbox"/> Asthma/ Chron. Bronchitis | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankung |

Andere:.....

12. Hatten Sie früher Erkrankungen und/oder Operationen im Genitalbereich?

- | | | | | |
|--|--|--------------------------------|------------------------------------|-----------|
| <input type="checkbox"/> Hodenentzündung | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links | <input type="checkbox"/> beidseits | wann..... |
| <input type="checkbox"/> Mumps/Ziegenpeter | <input type="checkbox"/> re. | <input type="checkbox"/> li. | <input type="checkbox"/> bds. | wann..... |
| <input type="checkbox"/> Varicocele/Krampfader | <input type="checkbox"/> re. | <input type="checkbox"/> li. | <input type="checkbox"/> bds. | wann..... |
| <input type="checkbox"/> Hodenverletzung | <input type="checkbox"/> re. | <input type="checkbox"/> li. | <input type="checkbox"/> bds. | wann..... |
| <input type="checkbox"/> Leistenbruch-OP | <input type="checkbox"/> re. | <input type="checkbox"/> li. | <input type="checkbox"/> bds. | wann..... |
|
 | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hodenhochstand | <input type="checkbox"/> re. | <input type="checkbox"/> li. | <input type="checkbox"/> bds. | wann..... |
| | <input type="checkbox"/> Behandlung mit Hormonspritzen | | | wann..... |
| | <input type="checkbox"/> Behandlung mit Operation | | | wann..... |
|
 | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | <input type="checkbox"/> re. | <input type="checkbox"/> li. | <input type="checkbox"/> bds. | wann..... |

13. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? nein

falls ja, welche? wofür ?

..... wofür ?

14. Sind bei Ihnen Allergien bekannt (Medikamente, Substanzen)? nein

ja, gegen.....

15. Sind oder waren Sie (z.B. an Ihrem Arbeitsplatz oder Wohnort) längere Zeit folgenden Faktoren ausgesetzt?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Lärm | <input type="checkbox"/> Staub, Gas bzw. andere Luftverunreinigungen |
| <input type="checkbox"/> Lösungsmittel (Benzol, Toluol, Glykoläther) | <input type="checkbox"/> Pestizide / Insektizide (DDT, Lindan) |
| <input type="checkbox"/> Leder-, Holz-, Textilschutzmittel | <input type="checkbox"/> Desinfektionsmittel (Borax, Borsäure) |
| <input type="checkbox"/> Schwermetalle (Blei, Quecksilber, Kadmium, Kupfer, Zinn, Silber) | |

16. Rauchen Sie ? nein 1-5 Zig./Tag 5-15 Zig./Tag mehr, ca./Tag

17. Trinken Sie Alkohol? nie gelegentlich regelmäßig

18. Sind in Ihrer Familie bei Blutsverwandten folgende Erkrankungen aufgetreten? nein

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Thrombosen | <input type="checkbox"/> ungewollte Kinderlosigkeit | <input type="checkbox"/> Krebserkrankungen |
| <input type="checkbox"/> vererbliche Erkrankungen (z.B. Mukoviszidose, Muskeldystrophie) | | |

andere.....

19. Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?

nein falls ja, wann zuletzt?.....

20. Ich bin einverstanden mit der Weiterleitung von meinen Befunden an behandelnde Ärzte

ja nein Datum, Unterschrift.....

Bemerkungen: