



Fragebogen Kinderwunsch – Mann

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

Name	_____	Adresse	_____
Vorname	_____		_____
Geburtsdatum	_____	Telefon	_____
Beruf	_____	E-Mail	_____

Sind Sie miteinander verheiratet?

☐ Nein ☐ Ja, seit _____ (Jahr)

Schwangerschaften

Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

☐ Nein

☐ Ja, mit der jetzigen Partnerin. Wann? _____ (Jahr) Nach einer Kinderwunschbehandlung? ☐ Nein ☐ Ja

☐ Ja, mit früherer Partnerin. Wann? _____ (Jahr) Nach einer Kinderwunschbehandlung? ☐ Nein ☐ Ja

Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?

☐ Nein ☐ Ja

Urologische Vorgeschichte

Wurden Sie bereits von einer Ärztin/einem Arzt der Fachrichtungen Urologie oder Andrologie untersucht?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wann zuletzt? _____ (Jahr) Mit welchem Ergebnis? ☐ Unauffällig ☐ Auffällig

Wurden Ihnen von Ihrer Männerärztin/Ihrem Männerarzt bereits Medikamente verschrieben?

☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____

Haben Sie sich sterilisieren lassen?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wann? _____ (Jahr)

Falls ja, wurden Sie später wieder refertilisiert?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wann? _____ (Jahr)

Ist bei Ihnen schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wann zuletzt? _____ (Jahr) Mit welchem Ergebnis? ☐ Unauffällig ☐ Auffällig

Haben Sie Erektionsstörungen?

☐ Nein ☐ Ja

Hatten Sie eine Hodenverletzung?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wann? _____ (Jahr)

Welche Therapie erfolgte? _____

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?

☐ Nein ☐ Ja, links ☐ Ja, rechts

Falls ja, welche Therapie wurde bei Ihnen angewandt?

☐ Keine ☐ Hormongabe ☐ Operation

Hatten Sie eine Entzündung der Hoden?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, wann? _____ (Jahr)

Wie wurden sie behandelt? _____

Hatten Sie einen Hodentumor?

☐ Nein ☐ Ja, links ☐ Ja, rechts

Wenn ja, wann? _____ (Jahr)

Welche Therapie erfolgte? _____

Hatten oder haben Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?

☐ Nein ☐ Ja ☐ Ja, mit folgender Behandlung (z. B. OP): _____

Allgemeine Vorgeschichte

Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen oder Beschwerden?

☐ Schilddrüsenerkrankungen	seit _____ (Jahr)	☐ Nierenerkrankungen	seit _____ (Jahr)
☐ Mumps	seit _____ (Jahr)	☐ Lebererkrankungen	seit _____ (Jahr)
☐ Diabetes (Zuckerkrankheit)	seit _____ (Jahr)	☐ Krebs	Welcher? _____ seit _____ (Jahr)
☐ Herz-/Kreislaufkrankungen	seit _____ (Jahr)	☐ Seelische Erkrankungen	seit _____ (Jahr)
☐ Thrombose/Embolie	seit _____ (Jahr)	☐ Kopfschmerzen/Migräne	seit _____ (Jahr)
☐ Blutgerinnungsstörungen	seit _____ (Jahr)	☐ Erbkrankheiten	seit _____ (Jahr)
☐ Epilepsie	seit _____ (Jahr)	☐ Andere	Welche? _____ seit _____ (Jahr)
☐ Asthma/chron. Bronchitis	seit _____ (Jahr)		_____ seit _____ (Jahr)
☐ Magen-/Darmerkrankungen	seit _____ (Jahr)		_____ seit _____ (Jahr)

Nehmen Sie Medikamente ein?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, welche? _____

Wie viel wiegen Sie und wie groß sind Sie?

Gewicht (kg) _____ Größe (cm) _____ BMI _____

Wurden bei Ihnen bereits Operationen durchgeführt?

☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____ im Jahr _____
_____ im Jahr _____
_____ im Jahr _____

Haben Sie Allergien (z. B. auf Medikamente, Antibiotika etc.)?

☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____

Trinken Sie Alkohol?

☐ Nie ☐ Selten ☐ Gelegentlich ☐ Regelmäßig

Rauchen Sie?

☐ Nein ☐ Ja _____ Zigaretten/Tag

Konsumieren Sie weitere Substanzen (Drogen oder Dopingmittel)?

☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____

Gibt es in Ihrer Familie schwerwiegende Erkrankungen (z. B. Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, ungewollte Kinderlosigkeit)?

☐ Nein ☐ Ja, folgende: _____

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten einen stationären Krankenhausaufenthalt > 3 Tage?

☐ Nein ☐ Ja Wenn ja, warum? _____

Haben oder hatten Sie eine chronische Keimbesiedlung (z. B. MRSA)?

☐ Nein ☐ Ja

Wer ist Ihre behandelnde Hausärztin/Ihr behandelnder Hausarzt?

Wer ist Ihre behandelnde Männerärztin/Ihr behandelnder Männerarzt?

Bemerkungen
