


| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|  KinderwunschTherapie im Zentrum | Dokumentenname: Fragebogen Mann | Check: 1 x jährlich Dokumentenversion: 1 Seite: 1 von 2 |
| | MVZ KITZ Regensburg GmbH Hemauerstraße 1 93047 Regensburg | |


FRAGEBOGEN FÜR DEN MANN

| |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Name: |
| Vorname: |
| Geburtsdatum: |
| Straße/Nr.: |
| PLZ/Wohnort: |
| Telefon Festnetz: |
| Telefon Handy: |
| E-Mail-Adresse: |
| Name/Geburtsdatum des Partners: |
| Sind Sie miteinander verheiratet? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Seit wann besteht die Ehe / Partnerschaft? |
| Hausarzt (Name, Ort): |
| Urologe (Name, Ort): |
| Körpergewicht: _____ kg Körpergröße: _____ cm |
| Beruf: Besondere gesundheitliche Belastungen: |
| Blutgruppe: <input type="radio"/> Unbekannt |
| Trinken Sie Alkohol? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Wenn ja, wie viel? |
| Nehmen Sie andere Genussmittel zu sich? |
| Rauchen Sie? <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> 1-5 Zig./Tag <input type="radio"/> 6-10 Zig./Tag <input type="radio"/> 11-15 Zig./Tag <input type="radio"/> 16-20 Zig./Tag <input type="radio"/> mehr als 20 Zig./Tag |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------------|----------------------------|--------------|--------------------------|----------------------------|-------|--------------------------|----------------------------|-----------------|--------------------------|----------------------------|-----------------|--------------------------|----------------------------|------------|--------------------------|----------------------------|----------------------|--------------------------|----------------------------|---------------|--------------------------|----------------------------|------------------|--------------------------|----------------------------|--------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------|--------------------------|----------------------------|
| Hatten Sie in den letzten 3 Monaten Fieber höher als 38°C oder andere vorübergehende Erkrankungen? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bekannte Allergien aus dem med. Bereich: <input type="radio"/> Latex <input type="radio"/> Penicillin <input type="radio"/> Andere: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente, Vitamine oder Hormone ein? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wann war die letzte urologische Untersuchung? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wurden bereits Spermioogramme durchgeführt? <i>Vorbefunde bitte mitbringen</i> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ist in dieser Partnerschaft bereits eine Schwangerschaft eingetreten? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Nach Kinderwunschbehandlung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Ist in einer anderen Partnerschaft eine Schwangerschaft eingetreten? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Nach Kinderwunschbehandlung? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Waren Sie mit einer anderen Partnerin bereits ungewollt kinderlos? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen oder Eingriffe? <table border="0"> <tr><td>Hodenhochstand</td><td><input type="radio"/> Ja</td><td><input type="radio"/> Nein</td></tr> <tr><td>Leistenbruch</td><td><input type="radio"/> Ja</td><td><input type="radio"/> Nein</td></tr> <tr><td>Mumps</td><td><input type="radio"/> Ja</td><td><input type="radio"/> Nein</td></tr> <tr><td>Hodenverletzung</td><td><input type="radio"/> Ja</td><td><input type="radio"/> Nein</td></tr> <tr><td>Hodenentzündung</td><td><input type="radio"/> Ja</td><td><input type="radio"/> Nein</td></tr> <tr><td>Hodentumor</td><td><input type="radio"/> Ja</td><td><input type="radio"/> Nein</td></tr> <tr><td>Krampfadern am Hoden</td><td><input type="radio"/> Ja</td><td><input type="radio"/> Nein</td></tr> <tr><td>Sterilisation</td><td><input type="radio"/> Ja</td><td><input type="radio"/> Nein</td></tr> <tr><td>Refertilisierung</td><td><input type="radio"/> Ja</td><td><input type="radio"/> Nein</td></tr> <tr><td>Hodenbiopsie</td><td><input type="radio"/> Ja</td><td><input type="radio"/> Nein</td></tr> <tr><td>Anlage von Kryosperma</td><td><input type="radio"/> Ja</td><td><input type="radio"/> Nein</td></tr> </table> | Hodenhochstand | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Leistenbruch | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Mumps | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Hodenverletzung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Hodenentzündung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Hodentumor | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Krampfadern am Hoden | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Sterilisation | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Refertilisierung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Hodenbiopsie | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | Anlage von Kryosperma | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein |
| Hodenhochstand | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Leistenbruch | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mumps | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hodenverletzung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hodenentzündung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hodentumor | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Krampfadern am Hoden | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sterilisation | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Refertilisierung | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hodenbiopsie | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anlage von Kryosperma | <input type="radio"/> Ja | <input type="radio"/> Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BITTE WENDEN!

| | | | |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Datum: erstellt/von 27.05.2019 Sandra Graf | Datum: geprüft/von 13.04.2022 PD Dr. med. Andreas Schüring | Datum Freigabe/von PL 13.04.2022 PD Dr. med. Andreas Schüring | Dokumentenpfad: C:\Users\Christian\AppData\Local\Microsoft\Windows\I NetCache\Content.Outlook\2327ACWH\Fragebogen Mann.doc |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|  | Dokumentenname: Fragebogen Mann | Check: 1 x jährlich Dokumentenversion: 1 Seite: 2 von 2 |
| | MVZ KITZ Regensburg GmbH Hemauerstraße 1 93047 Regensburg | |

| |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Allgemeine Vorerkrankungen bei Ihnen:</p> <p><input type="radio"/> Diabetes mellitus</p> <p><input type="radio"/> Herz/Kreislauf/Gefäß-Erkrankungen: _____</p> <p><input type="radio"/> Epilepsie / psychische Erkrankungen: _____</p> <p><input type="radio"/> Erkrankung der Nieren / Leber / Lunge: _____</p> <p><input type="radio"/> Tumorerkrankungen: _____</p> <p><input type="radio"/> Erbkrankheiten: _____</p> <p><input type="radio"/> Andere: _____</p> |
| <p>Allgemeine Vorerkrankungen in der Familie:</p> <p><input type="radio"/> Krebserkrankung</p> <p><input type="radio"/> ungewollte Kinderlosigkeit</p> <p><input type="radio"/> Erbkrankheiten</p> |
| <p>Sonstige Anmerkungen:</p> |

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

| | | | |
|---------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Datum: erstellt/von | Datum: geprüft/von | Datum Freigabe/von PL | Dokumentenpfad: |
| 27.05.2019 Sandra Graf | 13.04.2022 PD Dr. med. Andreas Schüring | 13.04.2022 PD Dr. med. Andreas Schüring | C:\Users\Christian\AppData\Local\Microsoft\Windows\I NetCache\Content.Outlook\2327ACWH\Fragebogen Mann.doc |