

 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? 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
--	---	--	---



KinderwunschTherapie
im Zentrum

Dokumentenname: Fragebogen Mann

MVZ KITZ Regensburg GmbH
Hemauerstraße 1
93047 Regensburg

Check: 1 x jährlich
Dokumentenversion: 1
Seite: 2 von 2

Allgemeine Vorerkrankungen bei Ihnen:

- Diabetes mellitus

- Herz/Kreislauf/Gefäß-Erkrankungen:

- Epilepsie / psychische Erkrankungen:

- Erkrankung der Nieren / Leber / Lunge:

- Tumorerkrankungen:

- Erbkrankheiten:

- Andere:

Allgemeine Vorerkrankungen in der Familie:

- Krebserkrankung
- ungewollte Kinderlosigkeit
- Erbkrankheiten

Sonstige Anmerkungen:

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