

## Fragebogen der Kinderwunsch-Sprechstunde – Mann

Lieber Patient,

Sie haben sich für eine Behandlung in unserer Klinik angemeldet. Dieser Fragebogen enthält teilweise Angaben für eine bundesweite, pseudonymisierte, verpflichtende Datensammlung für Kinderwunschbehandlungen (DirPro). Deshalb sind nicht alle Fragen von uns formuliert und zusammengestellt. Wir bitten um Ihr Verständnis. Bitte füllen Sie den Bogen möglichst umfassend und vollständig aus. Sämtliche von Ihnen angegebenen Daten unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und werden nur für medizinische Entscheidungen berücksichtigt.

**Dieser Bogen wurde ausgefüllt am:** \_\_\_\_\_

Vorname
Nachname / Geburtsname
Titel
Geburtsdatum / Geburtsort
aktuelles Alter
Adresse
Telefon privat
Handy
E-Mail Adresse

**Gewicht** aktuell \_\_\_\_\_ kg      Gewicht vor 6 Monaten \_\_\_\_\_ kg      Größe \_\_\_\_\_ cm

**Krankenkasse /Versicherung:** \_\_\_\_\_

**Beruf:** \_\_\_\_\_

**Religion:** \_\_\_\_\_ (Angabe freiwillig)

Name und Geburtsdatum von **Partnerin /Ehefrau:**

\_\_\_\_\_

**Familienstand**

- ledig
- verheiratet mit jetziger Partnerin
- verheiratet mit anderer Partnerin
- geschieden

- verwitwet

Wollten Sie in einer **anderen Partnerschaft** schon einmal **Vater** werden?

- wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)
- nein

Haben Sie **bereits Kinder** gezeugt?

- wenn ja, wann und wie viele? \_\_\_\_\_ (Anzahl/Monat/Jahr)  
Ausgang der Schwangerschaft/en? \_\_\_\_\_  
In welcher Partnerschaft? in dieser ( ) in anderer ( )
- nein

Wurde schon einmal ein Spermogramm angefertigt?

- wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr), Ergebnis: \_\_\_\_\_
- nein

Wurde/n bei Ihnen bereits Spermien oder Hodengewebe eingefroren (kryokonserviert)?

- wenn ja, wann? \_\_\_\_\_ wo? \_\_\_\_\_
- nein

Seit wann haben Sie **Kinderwunsch**? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Seit wann **verhüten Sie nicht mehr**? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)

Sind Sie oder waren Sie in **Kinderwunschbehandlung**?

- wenn ja, seit wann? \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)
- nein

Haben Sie bereits ein Kind adoptiert?

- wenn ja, wann \_\_\_\_\_ (Monat/Jahr)
- nein

**Allergien / Medikamente / Schadstoffe / Lifestyle**

	nein	ja, welche / wie viel ?
Leiden Sie unter Allergien/ Lebensmittelallergien?		
Haben Sie schon mal <b>allergisch auf ein Medikament</b> (z.B. Antibiose) reagiert?		
Gibt es bei Ihnen gewisse <b>Medikamente</b> , die Sie aus gesundheitlichen Gründen nicht einnehmen dürfen (z.B. Viagra)?		
Haben Sie <b>beruflich oder privat Kontakt zu Schadstoffen oder Giftstoffen/Pestiziden oder radioaktiven Substanzen</b> ?		
Nehmen Sie aktuell <b>Medikamente oder Vitaminpräparate</b> ein?		
<b>Rauchen</b> Sie?		_____ Zigaretten pro Tag
Trinken Sie <b>Alkohol</b> ?		_____ pro Tag / _____ pro Woche

**Vorerkrankungen**

	ja	nein	Kommentar
Sind Sie gesund?			
Diabetes			
Bluthochdruck			
Thrombosen/ Embolien			
Epilepsie			
psychische Erkrankungen			
Asthma / chron. Bronchitis			
Magen/ Darmerkrankungen			
Leberentzündung			
Krebsleiden			
genetische Erkrankungen			
Muskelerkrankungen			
Verletzungen im Genitalbereich (durch Unfall oder Sport)			
Mumps im Kindesalter			
Erektile Dysfunktion/Ejakulationsprobleme			
Herzerkrankungen			
Schilddrüsenerkrankungen			
Rheuma/Arthritis			
Veränderung der Libido im letzten Jahr			
Sonstige nicht aufgeführte Erkrankungen			

**Vorerkrankungen in der Familie**

	ja	nein	mütterlicher-/väterlicherseits
Diabetes			
Bluthochdruck			
Thrombosen/Embolien			
genetische Erkrankungen			
Krebsleiden			
Sonstige Erkrankungen			

## Operationen

Voroperationen	Jahr	Krankenhaus	Kommentare
Blinddarmentfernung			
Mandelentfernung			
Operationen im Bereich des Hodens, Niere oder Leiste (z.B. Entnahme von Hodengewebe/TESE)			
Sterilisation			
Sonstige nicht aufgeführte Operationen			

Haben Sie schon einmal folgende **Tests** machen lassen?

	nein	wenn ja, wann und wie war das Ergebnis
Hepatitis B		
Hepatitis C		
HIV (Angabe freiwillig)		
genetische Untersuchung (Erbkrankheiten, Chromosomenanalyse)		aus welchem Anlass:

**Wie sind auf uns aufmerksam geworden?**

- Hausarzt
- Urologe
- Internet
- Familie/Freunde/Bekannte
- Flyer/Broschüren
- Positive Erfahrung in der Universitätsmedizin

Was sind Ihre **Wünsche** oder auf was legen Sie besonders großen Wert während Ihrer Behandlung bei uns? Gibt es etwas auf das wir achten sollten? Gibt es **Besonderheiten** auf die wir Rücksicht nehmen sollten?

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Patient \_\_\_\_\_