

Fragebogen zum Erstbesuch im Fertility Center Bayreuth

Friedrich-von-Schiller-Str. 35
95444 Bayreuth
Telefon 09 21 - 530 302 - 10
Telefax 09 21 - 530 302 - 11
fertility-center-bayreuth.de
info@fertility-center-bt.de

Herr _____
Name, Vorname geb.: am _____

Geburtsname _____

Adresse: _____
Straße, Hausnummer _____

Postleitzahl, Stadt _____

Geb.-Ort: _____

Telefon: _____

Handynummer: _____

E-Mail: _____

Beruf: _____

z. Zt. berufstätig? Ja Nein

verheiratet (mit diesem Partner) Ja Nein

verwandt mit diesem Partner Ja, _____ Nein

Kinderwunsch seit _____

Geschlechtsverkehr ohne Verhütung seit (Jahr)? _____

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm BMI.....

Allgemeine Krankengeschichte & Risikofaktoren:

Standen Sie schon einmal wegen einer der folgenden Erkrankungen in ärztlicher Behandlung? Nein

- Schilddrüsenerkrankung Ja
- Bluthochdruck Ja
- Diabetes Ja
- Migräne Ja
- andere (ggf. welche? z. B. auch Infektionen wie Hepatitis oder HIV) _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Nein

Falls ja, welche, in welcher Dosis? _____

Ist bei Ihnen eine genetische Untersuchung und/oder Beratung durchgeführt worden? Nein

Wenn ja, wann, was und warum? _____

Hatten Sie Operationen? Nein

Falls ja, welche, wo und wann? _____

Schwangerschaften

Haben Sie schon einmal eine Schwangerschaft gezeugt? Ja Nein

Falls Ja:

Monat/Jahr Entbindungsart* Schw.-Dauer Geschlecht Kinderwunsch-Behandlung?

1.

2.

3.

4.

5.

(*Spontan-Geburt, Kaiserschnitt, Fehlgeburt, Abbruch oder Eileiterschwangerschaft)

Schwangerschaften mit *jetziger* Partnerin 1. 2. 3. 4. 5.

Andrologische Krankengeschichte

Sind bei Ihnen Spermioogramme (Samen-Analysen) erstellt worden?

Nein

Falls ja, wann (Jahr)? _____

Befund: _____

Bestand in Ihrer Kindheit ein Hodenhochstand?

Nein

Falls ja, ist er behandelt worden (ggf. wie)? _____

Wurden Sie schon einmal an Hoden, Prostata, Leistenbruch etc. operiert?

Nein

Falls ja, wann, wo? _____

Ist bei Ihnen eine Sterilisation durchgeführt worden?

Nein

Falls ja, wann? _____ (Jahr)

Hatten Sie schon einmal eine Entzündung oder Verletzung im Genitalbereich (z. B. Unfälle, Hodenentzündung nach Mumps, Entzündung von Nebenhoden oder Prostata, Geschlechtskrankheiten etc.)

Nein

Falls ja, was und wann (ggf. wie behandelt?)

Allergien?

Nein

Falls ja, welche? _____

Rauchen Sie? Nein

Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Waren Sie Raucher? Ja

Nein

Wie oft trinken Sie Alkohol? _____

Wenn ja was: Wein/Bier Spirituosen

Waren Sie alkoholabhängig? Ja

Nein

Nehmen Sie Drogen oder Ähnliches ein?

Nein

Falls ja: seit wann und was? _____

Haben Sie früher Drogen konsumiert

Nein

Falls ja: wann und was? _____

Haben Sie an Ihrem Arbeitsplatz oder in Ihrer Freizeit Kontakt mit Schadstoffen, z. B. Lacken, Lösungsmitteln, Schwermetallen, Insektiziden etc.?

Nein

Falls ja, mit welchen? _____

Friedrich-von-Schiller-Str. 35
95444 Bayreuth

Telefon 09 21 - 530 302 - 10
Telefax 09 21 - 530 302 - 11

fertility-center-bayreuth.de
info@fertility-center-bt.de

Krankheiten in der Familie (z. B. Erbkrankheiten, unerfüllter Kinderwunsch, Krebskrankheiten, Thrombose etc.):

Falls ja, welche?

Hinweis:

Halten Sie noch irgendetwas für wichtig, was hier nicht gefragt wurde?
(z. B. besondere Stressbelastung, Konfliktsituationen, Sexualstörung u. a.)

Ort, Datum, Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Nein

