

## 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

