



Erkrankung der Leber  
Erkrankung des Herz-/Kreislauf-/Gefäßsystem  
Kopfschmerzen  
Migräne

Liegt eine Schilddrüsenerkrankung vor?

nein ja Welche?.....

Bisherige Operationen?

nein Ja Wenn ja, welche?.....

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

nein ja Wenn ja, welche?.....

Haben Sie Allergien?

nein ja Wenn ja, welche?.....

Haben Sie speziell eine Allergie gegen Antibiotika?

nein ja Wenn ja, gegen welches?.....

---

Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt?

(bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)

Frühgeburten

Totgeburten

Kinder früh verstorben

körperliche und geistige Behinderungen

cystische Fibrose

sonstige Auffälligkeiten?.....

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?

nein ja Wenn ja, bei wem und was?

---

Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?

nein ja

Wenn ja, welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt?

Stimulation mit Tabletten (Clomifen) ja nein

Stimulation mit Spritzen ja nein

Inseminationen ja nein

IVF-Behandlungen (Punktion) ja nein

ICSI-Behandlungen ja nein

Kryotransfers ja nein

Sonstiges:

Gab es bei einer IVF/ICSI-Behandlung Komplikationen?

nein ja: Überstimulation der Eierstöcke

Blutungen

Infektionen

Andere.....

---

Angaben des Mannes:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Haben Sie bereits Kinder?

nein ja Wenn ja, aus dieser Beziehung? nein ja

Rauchen Sie?

nein ja Wenn ja, wieviel?

Wurde bei ihnen bereits eine Untersuchung des Samens (Spermiogramm) durchgeführt?

nein ja Wenn ja, mit welchem Ergebnis? normaler Befund  
auffälliger Befund

---

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen?

nein ja Wenn ja, an welchen?.....

Sonstige Erkrankungen oder Operationen?

nein ja Wenn ja, welche?.....

Hatten Sie eine Hodenverletzung?

nein ja Wenn ja, wann?.....

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?

nein ja Wenn ja, welche Therapie wurde durchgeführt? keine  
Hormontherapie  
Operation

Hatten Sie eine Entzündung am Hoden?

nein ja Wenn ja, wann?

Haben oder hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?

nein ja Wenn ja, sind Sie operiert worden? nein ja Wann?

---

Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt?

(bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)

Frühgeburten

Totgeburten

Kinder früh verstorben

körperliche und geistige Behinderungen

cystische Fibrose

sonstige Auffälligkeiten?.....

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?

nein ja Wenn ja, bei wem und was?.....

---

Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?

nein ja Wenn ja, was wurde bereits durchgeführt?.....

---