



Spermiogrammfragebogen

Datum: _____

Name und Geburtsdatum des Patienten

Name und Geburtsdatum der Partnerin / Ehefrau (bitte nicht zutreffendes streichen):

Unerfüllter Kinderwunsch besteht seit wann? Haben Sie bereits Kinder? Wenn ja, aus dieser oder einer anderen Partnerschaft? Bitte Geburtsdaten angeben.

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Trinken Sie Alkohol?

nein selten gelegentlich täglich, wie viel? _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Name des Gynäkologen der Partnerin/Ehefrau:

Sind bei Ihrer Partnerin/Ehefrau gynäkologische Erkrankungen bekannt? Wenn ja, welche?



Hatte Ihre Partnerin/Ehefrau bereits Abtreibungen und/oder Fehlgeburten? Wenn ja, wann und in welcher Schwangerschaftswoche?

Waren Sie und Ihre Partnerin/Ehefrau bereits in einer Kinderwunschklinik vorstellig?

Sonstige Angaben:

War in Ihrer Kindheit ein Hodenhochstand bekannt? JA NEIN

Wenn ja: links rechts beidseits
Wurde medikamentös behandelt? In welchem Alter?: _____
Wurde operativ behandelt? In welchem Alter?: _____

Haben in der Vergangenheit Operationen im Leisten- oder Hodenbereich aus einem anderen Grund stattgefunden?

JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Wurden bei Ihnen zurückliegende, entzündliche Erkrankungen im Genitalbereich diagnostiziert?

JA NEIN

Wenn ja, welche? _____

Welchen Beruf üben Sie aus?

Sind Sie Chemikalien, erheblicher Hitze oder erhöhter Strahlenbelastung ausgesetzt?

JA NEIN