

## Persönliche Daten (Mann)

Name

Vorname

Geburtsdatum

---

---

---

Größe in cm

Gewicht in kg

Kinderwunsch seit (Monat/Jahr)

---

---

---

Beruf

---

## Vorgeschichte

Krebs	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Herzerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Bluthochdruck	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Thrombose/Embolie	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Magen-/ Darmerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Blutgerinnungsstörungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Nierenerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Nebennierenerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Lungenerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Lebererkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Erbkrankheiten	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Epilepsie	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Seelische Erkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Zuckerkrankheiten	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Schilddrüsenerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Neigung zu Übergewicht	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Stoffwechselerkrankungen	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Andere Erkrankungen oder Operationen wenn ja, welche?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

---

Sind Allergien bei Ihnen bekannt?  
wenn ja, welche?  nein  ja

---

Nehmen Sie Medikamente ein?  
wenn ja, welche?  nein  ja

---

Rauchen Sie?  nein  ja  
Wenn ja, wieviel?

---

Trinken Sie regelmäßig Alkohol oder konsumieren Sie Drogen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Gibt es ein Spermogramm von Ihnen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Wurde bei Ihnen eine andrologische Untersuchung durchgeführt?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Haben Sie Erkrankungen der Hoden (z.B. Varikozele, Hodenhochstand)?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Nehmen Sie Hormone ein?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Wurde Ihnen Hodengewebe entnommen?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja
Sind Sie sterilisiert?	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja

## Vorgeschichte

Wurde bei Ihnen eine Chromosomenanalyse durchgeführt?  nein  ja  
Wurde bei Ihnen eine humangenetische Beratung durchgeführt?  nein  ja

Haben Sie Kinder?  nein  ja  
wenn ja, wann geboren?  mit jetziger oder  mit anderer Partnerin

---

Haben Sie Kinder?  nein  ja  
wenn ja, wann geboren?  mit jetziger oder  mit anderer Partnerin

---

Wurden bei Ihnen schon einmal MRE (Multiresistente Erreger) nachgewiesen?

MRSA (Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus)  nein  ja  
MRGN (Multiresistente gramnegative Stäbchenbakterien)  nein  ja  
VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken)  nein  ja

Datum/Unterschrift Patientin

---

