

22. Wird/Wurde bei Ihrer Ehefrau (Partnerin) eine Behandlung durchgeführt oder ist eine Behandlung beziehungsweise ein Eingriff vorgesehen? ja nein

Wenn ja: Durchgängigkeit der Eileiter _____
Behandlung mit Tabletten oder Spritzen (Hormone) _____
Inseminationen _____
IVF/ICSI _____
Wann? _____ Wo? _____
Ergebnis? _____
Wie viele befruchtete Eizellen? _____
Schwangerschaft? _____

23. Erster Geschlechtsverkehr mit _____ Jahren

24. Erste Rasur mit _____ Jahren; Häufigkeit derzeit: _____

25. Kommt es gegenwärtig zu nächtlichen Samenergüssen? ja nein

26. Bestehen zur Zeit morgendliche Gliedversteifungen? ja nein

27. Unvollständige Gliedversteifung beim Geschlechtsverkehr? Wenn ja, seit _____ ja nein

28. Vorzeitiger Samenerguss beim Geschlechtsverkehr? Wenn ja, seit _____ ja nein

29. Der Samenerguß ist kräftig, stoßweise? ja nein

30. Mangel an Libido (sexuelles Begehren)? Wenn ja, seit _____ ja nein

31. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel täglich (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)? ja nein

32. Alkoholkonsum? Wenn ja, wieviel täglich (Bier, Wein, Schnaps)? ja nein

33. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten Monaten regelmäßige Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche (z. B. Antiandrogene, Zytostatika, Antibiotika, Blutdruckmittel, Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Schmerzmittel) und in welcher Dosierung? _____

34. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund ja nein

35. Hatten oder haben Sie (zutreffendes ankreuzen, wenn ja wann?):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hodenhochstand | <input type="checkbox"/> schwere Grippe | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker) | <input type="checkbox"/> Hodenentzündung | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Nebenhodenentzündung | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Beschneidung | <input type="checkbox"/> Ausfluss aus der Harnröhre | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Prostatentzündung | <input type="checkbox"/> Leistenbruchoperationen | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> unbestimmte Beschwerden im Genitalbereich | <input type="checkbox"/> Operationen im Genitalbereich | <input type="checkbox"/> Verletzungen im Genitalbereich |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Typhus |
| <input type="checkbox"/> allergisches Bronchialasthma | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> endogenes Ekzem |

36. Sind in Ihrer Familie (nur Blutsverwandschaft) kinderlose Ehen, Störungen des Erbguts (z. B. Erbkrankheiten, Mißbildungen) oder gehäufte Fehlgeburten bekannt? ja nein

37. Was ist Ihr derzeitiger Beruf? _____ Seit wann? _____

Vorheriger Beruf? _____

Wie lange üben Sie eine sitzende Tätigkeit pro Tag aus? _____ Stunden pro Tag

38. Welchen von den folgenden äußeren Einflüssen sind Sie im Beruf oder in der Freizeit ausgesetzt (Zutreffendes bitte ankreuzen)?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lärm | <input type="checkbox"/> Lösungsmittel | <input type="checkbox"/> Hitze |
| <input type="checkbox"/> andere Chemikalien, welche? | <input type="checkbox"/> ionisierende Strahlen | <input type="checkbox"/> Schwermetalle |
| <input type="checkbox"/> Industrieemissionen | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Insektizide |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeitszeit | <input type="checkbox"/> Pflanzenschutzmittel | |

39. Wohnen Sie in (Zutreffendes bitte ankreuzen) ... Innenstadt, Stadtbereich, Land verkehrsreich/ruhig

40. Wo befindet sich Ihr Arbeitsplatz? Innenstadt, Stadtbereich, Land verkehrsreich/ruhig