

planBaby

Profil & Analyse

Der Fragebogen für Männer

Der vorliegende Fragebogen hilft Ihnen dabei, strukturiert über Ihren Kinderwunsch nachzudenken. Er enthält alle Fragen, die hierfür von Bedeutung sein können.

Beantworten Sie bitte alle Fragen so genau und zutreffend wie möglich. Dies ist ganz einfach. Das Ausfüllen des Fragebogens dauert etwa 30–45 Minuten. Dazu kommen noch jeweils 5 Minuten pro Tag für das Ernährungsprotokoll. Nehmen Sie sich also diese Stunde Zeit für ein »Gespräch mit sich selbst«. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sie können sicher sein, dass alle Angaben, die Sie machen, nur anonymisiert ausgewertet werden.

Den Fragebogen gibt es auch als Onlineversion. Vorteile der Onlineversion sind, dass der Fragebogen versandkostenfrei an uns zurückgeschickt werden kann. Auch die Zeit des Postweges fällt dadurch weg und Sie halten Ihre persönliche Analyse schneller in den Händen. Den Onlinefragebogen finden Sie unter www.planbaby.de/fragebogen/index.html.

Durch das Anmelden und die Vergabe eines Passwortes können Sie die Beantwortung jederzeit auch unterbrechen und später fortfahren. Wenn Sie den Fragebogen an uns zurückschicken, erhalten Sie nach etwa 2–3 Wochen die Auswertung der Ergebnisse mit persönlichen Empfehlungen. Auf Wunsch senden wir Ihnen diese gerne auch per Mail zu. Machen Sie dazu einfach den entsprechenden Vermerk am Ende des Fragebogens.

Fragebogen und Adressangabe werden in unserem Institut sofort getrennt, die Auswertung des Fragebogens erfolgt in einer anderen

Abteilung, deren Mitarbeiter nicht wissen, wer den Fragebogen ausgefüllt hat. Beachten Sie dazu auch die Erklärung zum Datenschutz auf der letzten Seite.

Um Sie umfassend beraten zu können, benötigen wir auch – soweit dies möglich ist – den Fragebogen Ihrer Partnerin (der Fragebogen für Frauen).

Wir möchten Ihnen empfehlen, die Fragebogen getrennt voneinander auszufüllen und sich nicht gegenseitig zu kontrollieren. Es ist ganz natürlich, dass es intime Bereiche im Leben gibt, die nur für einen selbst bestimmt sind. Unsere Auswertungen für Sie überschreiten niemals diese Diskretionsgrenze, Ihre jeweilige Intimsphäre bleibt geschützt.

Wir danken Ihnen für Ihr Vertrauen und wünschen Ihnen und Ihrer Partnerin viel Erfolg.

Verantwortliche Stelle:

pregive GmbH
Projektteam planBaby
c/o Charité Frauenklinik CVK
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin

Telefon: +49-30-450 5780 32
FAX: +49-30-450 5789 22
E-Mail: team@planbaby.de

MUSTER

Bitte füllen Sie den Fragebogen aus, indem Sie –

- in die Kästchen ein Kreuz machen

Beispiel: Haben Sie Kinder?

Ja ☐ 1
Nein ☒ 2

- oder die entsprechenden Zahlen in die Felder eintragen

Beispiel:

Alter Jahre

- oder etwas auf die Zeile schreiben

Beispiel: Welche Sportarten betreiben Sie?

GYMNASTIK
AEROBIC

Wenn Sie einmal ein Kreuz falsch gesetzt haben, korrigieren Sie wie folgt:

Angenommen, Sie haben auf die Frage nach dem täglichen Medikamentenkonsum irrtümlich angegeben, dass Sie ein bestimmtes Präparat täglich einnehmen, in Wirklichkeit nehmen Sie es aber nur 1mal pro Woche ein, dann machen Sie bitte einen Kreis um das falsch gesetzte Kreuz und setzen ein neues Kreuz an der zutreffenden Stelle:

Täglich	Mehrmals pro Woche	1mal pro Woche	Seltener	Nie
1	2	3	4	5
Beispiel: ☒	 ☐	 ☒	 ☐	 ☐

- Gehen Sie der Reihe nach vor, Frage für Frage. Überspringen Sie eine oder mehrere Fragen nur dann, wenn im Text ausdrücklich darauf hingewiesen wird:

Beispiel: Ja ☐ 1 Nein ☒ 2 **Weiter mit Frage . . .**

Wenn Sie "Ja" ankreuzen,
gehen Sie einfach zur nächsten Frage weiter.
Wenn Sie "Nein" ankreuzen,
gehen Sie zu der Frage weiter, die im Kästchen steht.

So wird's gemacht:

1. Tragen Sie Ihren Namen und Ihre Anschrift (ggf. die E-Mail-Adresse, wenn Sie die Auswertung per Mail bekommen möchten) in die entsprechenden Felder auf der vorletzten Fragebogenseite ein.
2. Füllen Sie die Felder zur Zahlungsweise aus. Ihr Fragebogen wird erst bearbeitet, wenn die Zahlung eingegangen ist.
3. Füllen Sie den Fragebogen sorgfältig und in Ruhe (möglichst allein) nach dem nebenstehenden Muster aus.
4. Geben Sie an, ob Sie den Fragebogen allein einsenden oder ob beide Fragebogen eingehen.
5. Die Auswertung kostet 15 Euro für einen Fragebogen bzw. 25 Euro, wenn beide Fragebogen eingesendet werden (jeweils inkl. 19 % Mehrwertsteuer).

☐ Ich zahle per Vorabüberweisung

- ☐ für 1 Fragebogenauswertung 15 Euro inkl. 19 % Mehrwertsteuer
- ☐ für 2 Fragebogenauswertungen (Mann und Frau) 25 Euro inkl. 19 % Mehrwertsteuer und übernehme damit die Kosten für meine Partnerin.

Name meiner Partnerin:

Geburtsdatum meiner Partnerin:

Ich überweise den oben genannten Betrag auf folgendes Konto:

Kontoinhaber pregive

IBAN: DE32 1005 0000 0190 7607 45

BIC: BELADEBEXXX

Bitte geben Sie unter Verwendungszweck Ihren Namen und Ihre Anschrift an.

☐ Meine Krankenkasse übernimmt die Kosten

- ☐ für mich
- ☐ für mich und meine Partnerin

Name meiner Partnerin:

Geburtsdatum meiner Partnerin:

Für die Zuordnung machen Sie bitte folgende Angaben:

Name meiner Krankenkasse:

Meine Versicherungsnummer:

Mein Geburtsdatum:

☐ Meine Partnerin oder die Krankenkasse meiner Partnerin übernimmt die Kosten für mich

Name meiner Partnerin:

Geburtsdatum meiner Partnerin:

Schulabschluss und Berufstätigkeit

1.	Welchen Schulabschluss haben Sie? Falls Sie mehrere Abschlüsse haben, geben Sie bitte den <u>höchsten</u> an! Hauptschulabschluss / Volksschulabschluss ☐ 1 Realschulabschluss (Mittlere Reife) / Abschluss Polytechnische Oberschule 10. Klasse ☐ 2 Allgemeine oder fachgebundene Hochschulreife / Abitur (Gymnasium bzw. EOS) und Fachoberschule ☐ 3 Hochschulabschluss ☐ 4 Anderen Schulabschluss..... ☐ 5 Noch keinen Schulabschluss / Schule ohne Abschluss beendet ☐ 6		
2.	Welche Berufstätigkeit üben Sie derzeit aus? Sind Sie: Voll berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr) .. ☐ 1 Teilzeit-berufstätig oder stundenweise beschäftigt..... ☐ 2 In Ausbildung / Schüler / Lehrling / Student ☐ 3 Nicht berufstätig ☐ 4 Arbeitslos / arbeitssuchend ☐ 5 } Weiter mit Frage 4 ↓		
3.	Waren Sie schon einmal berufstätig? Nein, nie berufstätig gewesen ☐ 2 Ja, noch in den letzten 12 Monaten .. ☐ 1 Ja, aber länger als 12 Monate her. ☐ 3 } Weiter mit Frage 5c		
4.	Wie häufig und wie stark fühlen bzw. fühlten Sie sich durch Arbeit und / oder Ausbildung im Allgemeinen belastet? Häufigkeit: Sehr häufig .. ☐ 1 Häufig..... ☐ 2 Gelegentlich.... ☐ 3 Selten..... ☐ 4 Nie..... ☐ 5 Stärke: Sehr stark ☐ 1 Stark..... ☐ 2 Es geht ☐ 3 Kaum..... ☐ 4 Gar nicht... ☐ 5		
5a	Sind Sie bei der Arbeit / Ausbildung derzeit bzw. waren Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig chemischen Stoffen oder Strahlen ausgesetzt? Derzeit: ja ☐ 1 Derzeit: nein..... ☐ 2 In den letzten 12 Monaten: ja..... ☐ 1 In den letzten 12 Monaten: nein ☐ 2 } Weiter mit Frage 5c		
5b	Kreuzen Sie bitte die Stoffe an, denen Sie bei der Arbeit ausgesetzt sind / waren: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Farben, Lacke, Lösungsmittel, Kleber..... ☐ 1 Pflanzenschutzmittel, Unkrautbekämpfungsmittel ☐ Holzschutzmittel ☐ Desinfektionsmittel ☐ Teer, Teerprodukte..... ☐ Glas- oder Mineralfasern..... ☐ </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Chrom oder Nickel..... ☐ 1 Cadmium oder Blei..... ☐ Quecksilber..... ☐ Röntgenstrahlen ☐ Sonstiges (<i>bitte angeben</i>): ☐ </td> </tr> </table>	Farben, Lacke, Lösungsmittel, Kleber..... ☐ 1 Pflanzenschutzmittel, Unkrautbekämpfungsmittel ☐ Holzschutzmittel ☐ Desinfektionsmittel ☐ Teer, Teerprodukte..... ☐ Glas- oder Mineralfasern..... ☐	Chrom oder Nickel..... ☐ 1 Cadmium oder Blei..... ☐ Quecksilber..... ☐ Röntgenstrahlen ☐ Sonstiges (<i>bitte angeben</i>): ☐
Farben, Lacke, Lösungsmittel, Kleber..... ☐ 1 Pflanzenschutzmittel, Unkrautbekämpfungsmittel ☐ Holzschutzmittel ☐ Desinfektionsmittel ☐ Teer, Teerprodukte..... ☐ Glas- oder Mineralfasern..... ☐	Chrom oder Nickel..... ☐ 1 Cadmium oder Blei..... ☐ Quecksilber..... ☐ Röntgenstrahlen ☐ Sonstiges (<i>bitte angeben</i>): ☐		

5c	Üben Sie ein Hobby aus, bei dem Sie mit Chemikalien oder giftigen Stoffen in Berührung kommen? Denken Sie auch an Arbeiten in der Wohnung, im Haus oder Garten. Nicht gemeint sind die üblichen Reinigungsmittel im Haushalt! Ja ☐ ₁ Nein ☐ ₂ Weiter mit Frage 6 Um welche Hobbys / Arbeiten handelt es sich? Um welche Chemikalien oder Giftstoffe?
-----------	--

Rauchen und andere Drogen

6.	Was trifft auf Sie zu? Habe noch nie geraucht. ☐ ₁ Habe aufgehört zu rauchen ☐ ₂ Rauche derzeit ☐ ₃ Rauchte insgesamt Anzahl Jahre Rauchte damals pro Tag Anzahl Zigaretten Aufgehört im Jahr Rauche insgesamt Anzahl Jahre Rauche heute pro Tag Anzahl Zigaretten
-----------	---

7.	Haben Sie in den letzten 12 Monaten sogenannte illegale Drogen verwendet? Ja ☐ ₁ Nein ☐ ₂ Weiter mit Frage 8a Wie häufig in den letzten 12 Monaten? <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Cannabis Mal</td> <td style="width: 30%;">Amphetamine Mal</td> <td style="width: 30%;">Psylocybin oder "Magic Mushrooms" Mal</td> </tr> <tr> <td>Ecstasy Mal</td> <td>Crystal Mal</td> <td>Andere Drogen Mal</td> </tr> <tr> <td>Kokain und Crack... Mal</td> <td>Halluzinogene/"Trips" Mal</td> <td>(bitte angeben welche): </td> </tr> <tr> <td>LSD Mal</td> <td>Heroin Mal</td> <td></td> </tr> </table>	Cannabis Mal	Amphetamine Mal	Psylocybin oder "Magic Mushrooms" Mal	Ecstasy Mal	Crystal Mal	Andere Drogen Mal	Kokain und Crack... Mal	Halluzinogene/"Trips" Mal	(bitte angeben welche):	LSD Mal	Heroin Mal	
Cannabis Mal	Amphetamine Mal	Psylocybin oder "Magic Mushrooms" Mal											
Ecstasy Mal	Crystal Mal	Andere Drogen Mal											
Kokain und Crack... Mal	Halluzinogene/"Trips" Mal	(bitte angeben welche):											
LSD Mal	Heroin Mal												

Ernährung und Gewicht

8a	Welchem Ernährungstyp würden Sie sich zuordnen? Bitte nur <u>e</u>ine Nennung! <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 30%;">Schnell & Bequem ☐ ₁</td> <td style="width: 30%;">Traditionell & Gut ☐ ₃</td> <td style="width: 30%;">Exklusiv & Genussvoll... ☐ ₅</td> </tr> <tr> <td>Gesund & Natürlich ☐ ₂</td> <td>Gesund & Fit ☐ ₄</td> <td>Schnell & Preiswert ☐ ₆</td> </tr> </table>	Schnell & Bequem ☐ ₁	Traditionell & Gut ☐ ₃	Exklusiv & Genussvoll... ☐ ₅	Gesund & Natürlich ☐ ₂	Gesund & Fit ☐ ₄	Schnell & Preiswert ☐ ₆
Schnell & Bequem ☐ ₁	Traditionell & Gut ☐ ₃	Exklusiv & Genussvoll... ☐ ₅					
Gesund & Natürlich ☐ ₂	Gesund & Fit ☐ ₄	Schnell & Preiswert ☐ ₆					
8b	Wie viele Portionen (etwa eine Handvoll) Obst und Gemüse essen Sie im Allgemeinen pro Tag? Pro Tag ca. Portionen Esse kein Obst und Gemüse..... ☐ ₀						

9.	Wie groß sind Sie und wie viel Kilo wiegen Sie? Größe ... cm Gewicht... kg
-----------	--

10a	Sind Sie Vegetarier oder Veganer? Ja ☐ ₁ Nein ☐ ₂
------------	---

[illegible]

12. Wenn Sie die folgenden Getränke zu sich nehmen, wie viel trinken Sie dann üblicherweise pro Tag?

Denken Sie dabei bitte (auch) an die letzten 4 Wochen.

 **Bitte für jedes Getränk gesondert ankreuzen!**

Milch, Milchgetränke (Bitte denken Sie hier z. B. auch an Buttermilch oder Kefir)

Tassen:
gemeint sind normale Tassen mit 150 ml

- Mehr als 6 Tassen ☐ 1
 5 bis 6 Tassen..... ☐ 2
 3 bis 4 Tassen..... ☐ 3
 1 bis 2 Tassen..... ☐ 4
 Weniger als 1 Tasse ☐ 5
 Trinke (fast) **nie** Milch ☐ 6

Kaffee

Tassen:
gemeint sind normale Tassen mit 150 ml

Mit Koffein
Ohne Koffein bzw. Ersatz-/Malzkaffee

- Mehr als 6 Tassen ☐ ☐ 1
 5 bis 6 Tassen..... ☐ ☐ 2
 3 bis 4 Tassen..... ☐ ☐ 3
 1 bis 2 Tassen..... ☐ ☐ 4
 Weniger als 1 Tasse ☐ ☐ 5
 Trinke (fast) **nie** Kaffee ☐ ☐ 6

Tee
Gemeint sind normale Tassen mit 150 ml

Schwarzer Tee Grüner Tee Kräuter-/Früchte-/Aromatee

- Mehr als 6 Tassen ☐ ☐ ☐ 1
 5 bis 6 Tassen..... ☐ ☐ ☐ 2
 3 bis 4 Tassen..... ☐ ☐ ☐ 3
 1 bis 2 Tassen..... ☐ ☐ ☐ 4
 Weniger als 1 Tasse ☐ ☐ ☐ 5
 Trinke (fast) **nie** Tee..... ☐ ☐ ☐ 6

Bier

Alkohol-frei Alkoholarm, Light-Bier Normaler Alkohol-gehalt

- Mehr als 2 Liter..... ☐ ☐ ☐ 1
 1 bis 2 Liter ☐ ☐ ☐ 2
 ½ bis 1 Liter..... ☐ ☐ ☐ 3
 ¼ bis ½ Liter..... ☐ ☐ ☐ 4
 Weniger als ¼ Liter..... ☐ ☐ ☐ 5
 Trinke (fast) **nie** Bier ☐ ☐ ☐ 6

Wein, Sekt, Obstwein, Alkopops

Gläser:
gemeint sind Gläser mit 0,2 Liter

- 5 Gläser und mehr..... ☐ 1
 4 Gläser ☐ 2
 3 Gläser ☐ 3
 2 Gläser ☐ 4
 1 Glas ☐ 5
 Weniger als 1 Glas ☐ 6
 Trinke (fast) **nie** Wein, Sekt, Obstwein ☐ 7

Hochprozentige alkoholische Getränke (Rum, Weinbrand, Likör, Schnaps u. Ä.)

Kleine Gläser: gemeint sind Gläser mit 2 cl

- 10 kleine Gläser und mehr ☐ 1
 5 bis 9 kleine Gläser ☐ 2
 3 bis 4 kleine Gläser ☐ 3
 2 kleine Gläser..... ☐ 4
 1 kleines Glas ☐ 5
 Weniger als 1 kleines Glas ☐ 6
 Trinke (fast) **nie** Hochprozentiges ☐ 7

Körperliche Aktivität und Gesundheit

13. Wie oft betreiben Sie im Laufe einer Woche üblicherweise Gymnastik oder Sport?

- Regelmäßig mehr als 10 Stunden pro Woche (Leistungssport)..... ☐ 1
 Regelmäßig 4 bis 10 Stunden pro Woche..... ☐ 2
 Regelmäßig 2 bis 4 Stunden pro Woche..... ☐ 3
 Regelmäßig 1 bis 2 Stunden pro Woche..... ☐ 4
 Weniger als 1 Stunde pro Woche..... ☐ 5
 Mache **nie** Gymnastik oder Sport ☐ 6

14.	Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand beschreiben? Sehr gut..... ☐ ₁ Gut..... ☐ ₂ Befriedigend..... ☐ ₃ Schlecht ☐ ₄ Sehr schlecht... ☐ ₅					
15a	Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u>?					
15b	Wurden diese Krankheiten mit Medikamenten behandelt?					
15c	Wenn ja: womit? Geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.					
16a	Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie auch <u>in den letzten 4 Wochen</u>?					
16b	Wurden diese Krankheiten mit Medikamenten behandelt?					
16c	Wenn ja: womit? Geben Sie bitte den Namen des Medikaments an.					

	In den letzten 12 Monaten			In den letzten 4 Wochen		
	15a	15b	15c	16a	16b	16c
	Ja, hatte ich 1	Ja, wurde medika- mentös behandelt 2	Name des Medikaments	Ja, hatte ich 1	Ja, wurde medika- mentös behandelt 2	Name des Medikaments
1. Akne	☐	☐	_____	☐	☐	_____
2. Allergie (Heuschnupfen, Neurodermitis, Kontaktekzem)	☐	☐	_____	☐	☐	_____
3. Asthma	☐	☐	_____	☐	☐	_____
4. Bandscheibenvorfall	☐	☐	_____	☐	☐	_____
5. Blutarmut	☐	☐	_____	☐	☐	_____
6. Bluthochdruck (Hypertonie)	☐	☐	_____	☐	☐	_____
7. Bronchitis (chronisch)	☐	☐	_____	☐	☐	_____
8. Bronchitis (akut)	☐	☐	_____	☐	☐	_____
9. Durchblutungsstörung an den Beinen, arterielle Verschlusskrankheiten	☐	☐	_____	☐	☐	_____
10. Durchblutungsstörung des Gehirns	☐	☐	_____	☐	☐	_____
11. Eisenmangel	☐	☐	_____	☐	☐	_____
12. Epilepsie	☐	☐	_____	☐	☐	_____
13. Erhöhte Blutfette, erhöhtes Cholesterin	☐	☐	_____	☐	☐	_____
14. Essstörung / Bulimie	☐	☐	_____	☐	☐	_____
15. Gallenblasenentzündung oder Gallensteine	☐	☐	_____	☐	☐	_____
16. Gelenk- oder Wirbelsäulen- erkrankungen (HWS, LWS)	☐	☐	_____	☐	☐	_____
17. Gelenkverschleiß, Arthrose der Hüft- oder Kniegelenke	☐	☐	_____	☐	☐	_____
18. Gicht oder Harnsäureerhöhung	☐	☐	_____	☐	☐	_____
19. Glutenunverträglichkeit (Sprue)	☐	☐	_____	☐	☐	_____
20. Grippe	☐	☐	_____	☐	☐	_____
21. Gürtelrose	☐	☐	_____	☐	☐	_____
22. Herzerkrankung / Durchblutungs- störungen am Herzen (Angina Pec)	☐	☐	_____	☐	☐	_____
23. Herzinfarkt	☐	☐	_____	☐	☐	_____

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung	In den letzten 12 Monaten			In den letzten 4 Wochen		
	15a	15b	15c	16a	16b	16c
	Ja, hatte ich	Ja, wurde medikamentös behandelt	Name des Medikaments	Ja, hatte ich	Ja, wurde medikamentös behandelt	Name des Medikaments
	1	2		1	2	
24. Herzschwäche, Herzasthma, Herzinsuffizienz	☐	☐	_____	☐	☐	_____
25. Knochenbruch	☐	☐	_____	☐	☐	_____
26. Krampfadern, "offenes Bein"	☐	☐	_____	☐	☐	_____
27. Krebserkrankung, bösartiger Tumor (einschließlich Blutkrebs)	☐	☐	_____	☐	☐	_____
28. Leberentzündung, Hepatitis, ansteckende Gelbsucht.....	☐	☐	_____	☐	☐	_____
29. Leberschrumpfung, Leberzirrhose	☐	☐	_____	☐	☐	_____
30. Magen- oder Zwölffingerdarmgeschwür, Ulcuskrankheit.....	☐	☐	_____	☐	☐	_____
31. Magenschleimhautentzündung (Gastritis)	☐	☐	_____	☐	☐	_____
32. Magersucht / Anorexie.....	☐	☐	_____	☐	☐	_____
33. Migräne	☐	☐	_____	☐	☐	_____
34. Multiple Sklerose	☐	☐	_____	☐	☐	_____
35. Niedriger Blutdruck (Hypotonie)	☐	☐	_____	☐	☐	_____
36. Nierenbeckenentzündung (Pyelonephritis)	☐	☐	_____	☐	☐	_____
37. Nierenkolik, Nierensteine	☐	☐	_____	☐	☐	_____
38. Ödeme.....	☐	☐	_____	☐	☐	_____
39. Psychische Erkrankung (z. B. Angstzustände, Depression, Psychose).....	☐	☐	_____	☐	☐	_____
40. Schilddrüsenüberfunktion	☐	☐	_____	☐	☐	_____
41. Schilddrüsenunterfunktion	☐	☐	_____	☐	☐	_____
42. Schilddrüsenkrankheiten (sonstige)	☐	☐	_____	☐	☐	_____
43. Schlaganfall.....	☐	☐	_____	☐	☐	_____
44. Sucht- oder Abhängigkeitserkrankung (Medikamente, Drogen, Alkohol).....	☐	☐	_____	☐	☐	_____
45. Thrombose	☐	☐	_____	☐	☐	_____
46. Thromboseneigung (Gerinnungsstörung) Faktor V-Leiden (APC-Resistenz)	☐	☐	_____	☐	☐	_____
47. Glukoseintoleranz.....	☐	☐	_____	☐	☐	_____
48. Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus Typ I..	☐	☐	_____	☐	☐	_____
49. Zuckerkrankheit, Diabetes mellitus Typ II..	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Sonstige Krankheiten (<i>bitte angeben</i>): 	☐	☐	_____	☐	☐	_____
Hatte keine dieser Krankheiten	☐					

17a	Welche der folgenden Infektionserkrankungen und Erkrankungen der Geschlechtsorgane hatten Sie <u>jemals</u> ?			
17b	Welche hatten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> ?			
17c	Wenn in den letzten 12 Monaten: Mit welchen Medikamenten wurden diese Krankheiten behandelt?			
		17a	17b	17c
		Ja, hatte ich jemals	Ja, hatte ich in den letzten 12 Monaten	Name des Medikaments
		1	2	
	1. Chlamydien	☐	☐ ►	_____
	2. Tripper (Gonorrhoe)	☐	☐ ►	_____
	3. Herpes Genitalis.....	☐	☐ ►	_____
	4. Feigwarzen.....	☐	☐ ►	_____
	5. Syphilis.....	☐	☐ ►	_____
	6. Harnwegsinfektionen (Blasenentzündung)	☐	☐ ►	_____
	7. Hodenentzündung (Orchitis)	☐	☐ ►	_____
	8. Prostataentzündung (Prostatitis)			
	9. Harnröhrenentzündung	☐	☐ ►	_____
	10. Entzündung des Nebenhodens (Epididymitis)	☐	☐ ►	_____
	Andere Infektionen der Geschlechtsorgane (<i>bitte angeben</i>):			
		☐	☐ ►	_____
17d	Wie viele Urogenitalinfektionen, die behandelt werden mussten, hatten Sie ungefähr in Ihrem Leben?			
	Ungefähr Urogenitalinfektionen	Keine 0		
18.	Wie viele unterschiedliche Sexualpartner hatten Sie ungefähr in Ihrem Leben?			
	Ungefähr Sexualpartner			
19.	Welche der folgenden Krankheiten hatten Sie seit Ihrer Kindheit und Jugend?			
		Hatte ich	Hatte ich nicht	Weiß nicht mehr
		1	2	3
	Hydrocele (Hodenschwellung)	☐	☐	☐
	Hodenhochstand	☐	☐	☐
	Fehlbildungen der Genitalien (Hypospadie).....	☐	☐	☐
	Entzündung des Hodens (Orchitis)	☐	☐	☐
	Krampfadern im Bereich des Hodens	☐	☐	☐
	Mumps / Hodenmumps	☐	☐	☐
	Hodenverletzungen (z. B. durch Unfälle)	☐	☐	☐
	Schädelverletzungen, -traumen oder -Operationen	☐	☐	☐
	Sonstige Krankheiten der Geschlechtsorgane (<i>bitte angeben</i>):			

20.	Wurden bei Ihnen jemals Operationen oder andere Eingriffe im <u>Bauch</u>, im <u>Unterleib</u> oder am <u>Penis</u> oder <u>Hoden</u> vorgenommen? Ja, Bauch ☐ 1 Ja, Unterleib ☐ 1 Ja, Penis / Hoden ☐ 1 Nein ☐ 1 Weiter mit Frage 21a Welche und in welchem Jahr zuletzt? Jahr <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																								
21a	Hatten Sie jemals Verletzungen oder Prellungen am Hoden oder am Penis? Ja ☐ 1 Nein ☐ 2 Weiter mit Frage 22																																								
21b	Welche und in welchem Jahr zuletzt? Jahr <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> <td style="width: 25%; height: 20px;"></td> </tr> </table>																																								
22.	Wie stark sind Sie derzeit durch Ereignisse in Familie, Beruf (oder Anderem) belastet? Und wie war das vor 12 Monaten? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Sehr stark</th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th></th> <th style="text-align: center;">Überhaupt nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> <th style="text-align: center;">5</th> <th style="text-align: center;">6</th> <th style="text-align: center;">7</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">Derzeit.....</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Vor 12 Monaten.....</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table>		Sehr stark						Überhaupt nicht		1	2	3	4	5	6	7	Derzeit.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Vor 12 Monaten.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐								
	Sehr stark						Überhaupt nicht																																		
	1	2	3	4	5	6	7																																		
Derzeit.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																		
Vor 12 Monaten.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																		
23.	Wie viele Ihrer Zähne sind mit Amalgam gefüllt? Ungefähr ... <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Zähne Wann wurden bei Ihnen Zähne zuletzt mit Amalgam gefüllt? In den letzten 12 Monaten..... ☐ 1 Vor ca. ... <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> <table border="1" style="display: inline-table; width: 30px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Jahren Kein Zahn..... ☐ 0																																								
24.	Wie sehr litten Sie <u>in den letzten 12 Monaten</u> unter den folgenden Beschwerden? Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz! <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Stark</th> <th style="text-align: center;">Mäßig</th> <th style="text-align: center;">Kaum</th> <th style="text-align: center;">Gar nicht</th> </tr> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">1</th> <th style="text-align: center;">2</th> <th style="text-align: center;">3</th> <th style="text-align: center;">4</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>2. Kurzatmigkeit.....</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>3. Schwächegefühl.....</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>4. Schluckbeschwerden</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> <tr> <td>6. Druck- oder Völlegefühl im Leib</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> <td style="text-align: center;">☐</td> </tr> </tbody> </table> Fortsetzung nächste Seite		Stark	Mäßig	Kaum	Gar nicht		1	2	3	4	1. Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals	☐	☐	☐	☐	2. Kurzatmigkeit.....	☐	☐	☐	☐	3. Schwächegefühl.....	☐	☐	☐	☐	4. Schluckbeschwerden	☐	☐	☐	☐	5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	☐	☐	☐	☐	6. Druck- oder Völlegefühl im Leib	☐	☐	☐	☐
	Stark	Mäßig	Kaum	Gar nicht																																					
	1	2	3	4																																					
1. Kloßgefühl, Enge oder Würgen im Hals	☐	☐	☐	☐																																					
2. Kurzatmigkeit.....	☐	☐	☐	☐																																					
3. Schwächegefühl.....	☐	☐	☐	☐																																					
4. Schluckbeschwerden	☐	☐	☐	☐																																					
5. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	☐	☐	☐	☐																																					
6. Druck- oder Völlegefühl im Leib	☐	☐	☐	☐																																					

Fortsetzung

 **Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

**Stark Mäßig Kaum Gar
nicht**

1 2 3 4

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 7. Mattigkeit | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 8. Übelkeit | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 9. Sodbrennen oder saures Aufstoßen..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 10. Reizbarkeit | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 11. Grübelei | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 12. Starkes Schwitzen..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 13. Kreuz- oder Rückenschmerzen..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 14. Innere Unruhe | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 15. Schweregefühl bzw. Müdigkeit in den Beinen... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 16. Unruhe in den Beinen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 17. Überempfindlichkeit gegen Wärme | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 18. Überempfindlichkeit gegen Kälte | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 19. Übermäßiges Schlafbedürfnis..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 20. Schlaflosigkeit | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 21. Schwindelgefühl | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 22. Zittern | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 23. Nacken- oder Schulterschmerzen | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
| 24. Ungewollte Gewichtsabnahme..... | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |

25. Welche der folgenden Vitamine und Mineralstoffe haben Sie in den letzten 4 Wochen in Form von Tabletten, Pulvern oder Säften wie häufig zu sich genommen?

Täglich 2-3 Mal pro Woche Seltener/nie

1 2 3

Wenn Sie Vitamine / Mineralstoffe eingenommen haben:
Um welche Präparate handelt es sich?
Nennen Sie bitte die Namen der Produkte:

- | | | | |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Folsäure | ☐ | ☐ | ☐ |
| Eisen | ☐ | ☐ | ☐ |
| Jod | ☐ | ☐ | ☐ |
| Magnesium..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| Calcium | ☐ | ☐ | ☐ |
| Vitamin D..... | ☐ | ☐ | ☐ |
| Multivitaminpräparat..... | ☐ | ☐ | ☐ |

26. Welche der folgenden Krankheiten oder Ereignisse sind in Ihrer Herkunftsfamilie, also bei Großeltern, Eltern oder Geschwistern, aufgetreten?

 **Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft!**

- | | | | |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| 1. Lippen-, Kiefer-, Gaumenspalten | ☐ | 11. Unfruchtbarkeit / ungewollte Kinderlosigkeit | ☐ |
| 2. Andere Fehlbildungen | ☐ | 12. Zystenniere | ☐ |
| 3. Diabetes (Zuckerkrankheit) | ☐ | 13. Fehlgeburten | ☐ |
| 4. Hypertonie (Bluthochdruck) | ☐ | 14. Frühgeburten | ☐ |
| 5. Andere Herz-Kreislaufkrankheiten | ☐ | 15. Erkrankungen der Atemwege | ☐ |
| 6. Mukoviszidose | ☐ | Andere Krankheiten (bitte angeben): | ☐ |
| 7. Schilddrüsenerkrankungen | ☐ | <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | |
| 8. Krampfadern, Thrombosen, Venenerkrankungen | ☐ | Keine dieser Krankheiten i. d. Herkunftsfamilie | ☐ |
| 9. Chromosomenveränderungen (Trisomien) | ☐ | Weiß nicht | ☐ |
| 10. Krebserkrankungen | ☐ | | |

27. Welche Gegebenheiten treffen in letzter Zeit auf Sie zu?

 **Bitte machen Sie in jeder Zeile ein Kreuz!**

Ja Nein
1 2

- | | | | |
|--|--------------------------|-------|--------------------------|
| 1. Ist Ihr Herz- oder Pulsschlag häufiger unregelmäßig (auch Herzrasen)? | ☐ | ..... | ☐ |
| 2. Stellen Sie Veränderungen des Appetits fest? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 3. Haben Sie häufig Verstopfung? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 4. Haben Sie häufig Stuhlgang und / oder Durchfall? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 5. Haben Sie eine nicht erklärbare Gewichtszunahme? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 6. Haben Sie verstärkt Haarausfall? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 7. Haben Sie trockene Haut, brüchige Fingernägel oder stumpfe Haare? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 8. Haben Sie häufiger Konzentrationsstörungen? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 9. Haben Sie häufiger depressive Verstimmungen? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 10. Haben Sie in der letzten Zeit vermehrt Durst? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 11. Mussten Sie in der letzten Zeit häufiger Wasser lassen? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 12. Haben Sie in der letzten Zeit unerklärliche Sehstörungen? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 13. Haben Sie häufiger geschwollene Beine oder Füße? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 14. Haben Sie Besenreiser? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 15. Hatten Sie jemals eine Thrombose? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 16. Machen Sie beruflich oder privat häufiger Flugreisen? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 17. Machen Sie beruflich oder privat häufiger längere Autofahrten? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 18. Hatten Sie ein oder mehrmals über längere Zeit hohes Fieber? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 19. Besuchen Sie regelmäßig heiße Saunen? ..... | ☐ | ..... | ☐ |
| 20. Besuchen Sie regelmäßig heiße Quellen? ..... | ☐ | ..... | ☐ |

Kinderwunsch

28. Haben Sie schon jemals ein Kind gezeugt?

Ja ☐ 1 Nein..... ☐ 2

29a Manchmal hat man Probleme mit der sexuellen Lust, der Potenz oder der Erektionsfähigkeit.
Wie häufig traf dies in den letzten 12 Monaten auf Sie zu?

Sehr sehr selten ☐ 1

Selten ☐ 2

Ab und zu ☐ 3

Häufiger ☐ 4

Überhaupt nicht.....5 ☐ ►

Weiter mit Frage 30a

29b Welche der folgenden Aussagen treffen auf Sie zu?

Ja,
trifft
zu
1 Nein,
trifft
nicht zu
2

Wenn ich Geschlechtsverkehr mit meiner Partnerin hatte, habe ich dies oft als nicht befriedigend erlebt..... ☐ ☐

Ich bin mir häufig unsicher, ob ich eine Erektion bekommen oder aufrecht erhalten kann ☐ ☐

Ich habe in letzter Zeit weniger Geschlechtsverkehr mit meiner Partnerin gehabt, weil ich befürchtete, ich könnte keine Erektion erreichen oder aufrecht erhalten ☐ ☐

Mir fällt es beim Geschlechtsverkehr oft schwer, eine ausreichend harte Erektion zu erreichen, um in meine Partnerin einzudringen ☐ ☐

Wenn ich beim Geschlechtsverkehr in meine Partnerin eindringe, fällt es mir oft schwer, die Erektion aufrecht zu erhalten ☐ ☐

Ich muss häufiger nachts Wasser lassen..... ☐ ☐

30a Manchmal treten auch Störungen der Ejakulation auf.
Wie häufig traten diese in den letzten 12 Monaten bei Ihnen auf?

Sehr sehr selten ☐ 1

Selten ☐ 2

Ab und zu ☐ 3

Häufiger ☐ 4

Überhaupt nicht.....5 ☐ ►

Weiter mit Frage 31a

30b Um welche Störungen handelt es sich?

Ejaculatio praecox (vorzeitiger Samenerguss)..... ☐ 1

Ejaculatio retardata (verzögerter Samenerguss) ☐

Retrograde Ejakulation (Ejakulation in die Harnblase)..... ☐

Sonstiges (*bitte angeben*):

31a	Was trifft auf Sie und Ihre Partnerin hinsichtlich der Verhütung derzeit zu? ☞ <i>Machen Sie bitte nur ein Kreuz!</i> Wir planen in Kürze mit der Schwangerschaftsverhütung aufzuhören ☐ 1 Wir haben die Verhütung vor kurzem beendet ☐ 2 Wir haben die Verhütung schon vor längerer Zeit beendet ☐ 3
31b	Was trifft auf Sie und Ihren Partnerin hinsichtlich des Kinderwunsches derzeit zu? ☞ <i>Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft!</i> Wir versuchen (noch) auf natürlichem Wege eine Schwangerschaft zu erreichen ☐ 1 Wir haben schon über eine mögliche Kinderwunschbehandlung nachgedacht ☐ Wir haben uns bereits über eine mögliche Kinderwunschbehandlung eingehend informiert ☐ Wir stehen kurz vor der Kinderwunschbehandlung ☐ Wir lassen derzeit die <u>erste</u> Kinderwunschbehandlung durchführen ☐ Wir lassen derzeit <u>wiederholt</u> eine Kinderwunschbehandlung durchführen ☐ Wir haben bisher <u>ohne</u> Erfolg eine oder mehrere Kinderwunschbehandlungen durchführen lassen ☐ Wir haben bisher <u>mit</u> Erfolg eine oder mehrere Kinderwunschbehandlungen durchführen lassen ☐
Die Fragen 32 und 33 bitte nur ausfüllen, wenn die Schwangerschaftsverhütung beendet wurde:	
32.	Vor wie vielen Monaten <u>wurde</u> die Verhütung <u>beendet</u>? Vor Monaten
33.	Wie häufig pro Monat haben Sie mit Ihrer Partnerin ungeschützten Geschlechtsverkehr? Ungefähr ... Mal pro Monat
34.	Sind in Verbindung mit dem Kinderwunsch <u>bei Ihnen</u> schon irgendwelche diagnostischen und / oder therapeutischen Maßnahmen durchgeführt worden? Ja ☐ 1 Nein 2 ☐ ► Weiter mit Frage 42 - Statistik
35a	Wurde eine Spermauntersuchung durchgeführt? Ja ☐ 1 Nein 2 ☐ ► Weiter mit Frage 36a
35b	Mit welchem Ergebnis? Auffällig ☐ 1 Unauffällig 2 ☐ ► Weiter mit Frage 36a
35c	Welche Befunde wurden gestellt? ☞ <i>Kreuzen Sie bitte alles an, was zutrifft!</i> 1 Asthenozoospermie = schlechte Beweglichkeit (< 50 % progressiv motile Spermien) ☐ Azoospermie = Fehlen von Spermien im Ejakulat ☐ Hypospermie (Parvisemie) = zu geringe Menge (< 2 ml Ejakulatvolumen) ☐ Kryptozoospermie ☐ Hämatospermie = Blutbeimengungen im Ejakulat ☐ Leukospermie = Entzündung, meist Prostata ☐
Fortsetzung nächste Seite	

	Fortsetzung 1 Nekropermie = keine Beweglichkeit der Spermien.....☐ Oligozoospermie Grad I (10 - 20 Millionen pro ml).....☐ Oligozoospermie Grad II (5 - 10 Millionen pro ml).....☐ Oligozoospermie Grad III (< 5 Millionen pro ml).....☐ Sonstiges (<i>bitte angeben</i>):
36a	Wurden die Samenleiter untersucht? Ja☐ 1 Nein.....2 ☐ ► Weiter mit Frage 37a
36b	Mit welchem Ergebnis? Auffällig.....☐ 1 Unauffällig .....2 ☐ ► Weiter mit Frage 37a
36c	Welche Befunde wurden gestellt? 1 Fehlbildungen.....☐ Fehlen des rechten Samenleiters☐ Fehlen des linken Samenleiters☐
37a	Wurde der Hoden und / oder die Prostata untersucht? Ja☐ 1 Nein.....2 ☐ ► Weiter mit Frage 38a
37b	Mit welchem Ergebnis? Auffällig.....☐ 1 Unauffällig .....2 ☐ ► Weiter mit Frage 38a
37c	Welche Befunde wurden gestellt?
38a	Wurden Hormonuntersuchungen (FSH, LH, Testosteron, Prolaktin, Östradiol etc.) vorgenommen? Ja☐ 1 Nein.....2 ☐ ► Weiter mit Frage 39a
38b	Mit welchem Ergebnis? Auffällig.....☐ 1 Unauffällig .....2 ☐ ► Weiter mit Frage 39a
38c	Welche Befunde wurden gestellt?

39a	Wurden bei Ihnen andere Untersuchungen, z. B. Chromosomenuntersuchungen und / oder genetische Tests, durchgeführt? Ja ☐ ₁ Nein ☐ ₂ Weiter mit Frage 40a ▼ Welche Untersuchungen bzw. Tests?																
39b	Waren die Befunde auffällig oder unauffällig? Auffällig ☐ ₁ Unauffällig ☐ ₂ Weiter mit Frage 40a ▼ Welche Befunde gab es?																
40a	Wurden Therapiemaßnahmen eingeleitet oder sind diese geplant? Ja ☐ ₁ Nein ☐ ₂ Weiter mit Frage 41a ▼																
40b	Welche der folgenden Maßnahmen sind geplant und welche sind bereits durchgeführt worden? <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;"></th><th style="width: 10%; text-align: center;">Geplant 1</th><th style="width: 10%; text-align: center;">Durch- geführt 2</th><th style="width: 40%;"></th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Operative Maßnahmen ☐ ₁ ☐ ₂ ▶ Welche?</td><td></td><td></td><td> </td></tr> <tr> <td>Hormonsubstitution ☐ ₁ ☐ ₂ ▶ Medikament(e):</td><td></td><td></td><td> </td></tr> <tr> <td>Andere medikamentöse Therapie ☐ ₁ ☐ ₂ ▶ Medikament(e):</td><td></td><td></td><td> </td></tr> </tbody> </table>		Geplant 1	Durch- geführt 2		Operative Maßnahmen ☐ ₁ ☐ ₂ ▶ Welche?				Hormonsubstitution ☐ ₁ ☐ ₂ ▶ Medikament(e):				Andere medikamentöse Therapie ☐ ₁ ☐ ₂ ▶ Medikament(e):			
	Geplant 1	Durch- geführt 2															
Operative Maßnahmen ☐ ₁ ☐ ₂ ▶ Welche?																	
Hormonsubstitution ☐ ₁ ☐ ₂ ▶ Medikament(e):																	
Andere medikamentöse Therapie ☐ ₁ ☐ ₂ ▶ Medikament(e):																	
41a	Sind Verfahren der Kinderwunschbehandlung geplant oder wurden diese durchgeführt? Ja ☐ ₁ Nein ☐ ₂ Weiter mit Frage 42 ▼																
41b	Welche? Geplant: Durchgeführt:																

Statistik

42.	Wie alt sind Sie?		Jahre
	Wie alt ist Ihre Partnerin?		Jahre
43.	Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?		
	AOK - Die Gesundheitskasse Ersatzkrankenkasse Betriebskrankenkasse Innungskrankenkasse Ausschließlich privat versichert	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 2 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 3 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 4 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 5	Sonstiges (bitte angeben): Keine Krankenversicherung <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 6
44.	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie?		
			Deutsch..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1 Andere..... <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 2
45.	Ihr Familienstand:		
			Verheiratet, mit Ehepartnerin zusammenlebend <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1 Verheiratet, von Ehepartnerin getrennt lebend <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 2 Mit Partnerin unverheiratet zusammenlebend <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 3 Ledig <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 4 Geschieden <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 5 Verwitwet <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 6
46.	Wie viele Jahre besteht Ihre derzeitige Partnerschaft?		
			Jahre
47.	Bitte geben Sie abschließend unserem planBaby-Programm noch eine Schulnote:		
	Sehr gut 1 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	Gut 2 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	Befriedigend 3 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
	Ausreichend 4 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	Mangelhaft 5 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>	Un- genügend 6 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/>
48.	Wo bzw. wie sind Sie auf das Programm planBaby aufmerksam geworden?		
	Informationsmaterial in der Frauenarztpraxis Informationsmaterial in einer anderen Arztpraxis Persönliche Empfehlung eines Arztes Artikel in einer Zeitung / Zeitschrift Durch Fernsehen / Rundfunk Im Buchladen In der Apotheke	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1 <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1	Im Internet <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1 Durch Freunde, Bekannte, Kollegen <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1 Durch Partnerin / Ehepartnerin <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1 Durch meine Krankenkasse <input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="checkbox"/> 1 Sonstiges (bitte angeben):
49.	Auf welche Fragen zum Kinderwunsch haben Sie bisher (auch im planBaby-Buch) keine ausreichende Antwort bekommen? Bitte geben Sie uns diese hier an:		
50.	Datum des Ausfülltages:		
	Tag:		Monat:
			Jahr:

Ernährungsanalyse

51. Bitte füllen Sie das nachfolgende Schema sorgfältig für 7 Tage aus, wenn Sie an der zusätzlichen Ernährungsanalyse interessiert sind. Wenn Ihnen das zu viel Mühe macht, überspringen Sie diese Frage und **füllen bitte noch die vorletzte Seite des Fragebogens aus, damit wir Ihnen Ihre Auswertung zuschicken können.**

So ernähre ich mich

Bei unvollständigen Angaben kann die Ernährungsanalyse nicht durchgeführt werden. Notieren Sie also bitte alles, was Sie verzehren, z. B. auch Nüsse, Bonbons o. Ä. zwischendurch oder beim Fernsehen.

In der zweiten Spalte ist für die einzelnen Nahrungsmittel zunächst die normale, übliche Portionsmenge angegeben. Wenn Sie genau diese Menge zu sich nehmen, machen Sie einen Strich, bei der doppelten Menge also zwei Striche usw. Am Ende der 7 Tage zählen Sie die Striche pro Lebensmittel zusammen und tragen diese Zahl in die Spaltenspalte ein (z. B. 14)

So ernähre ich mich:

Nahrungsmittel	Kücheneinheit bzw. Portionsmenge	Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag							Summe (7 Tage)
		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
BROT									
Graubrot	Scheibe = 45 g								
Weißbrot, Toast	Scheibe = 30 g								
½ Brötchen	Stück = 25 g								
½ Vollkornbrötchen	Stück = 30 g								
Vollkornbrot	Scheibe = 50 g								
Laugengebäck	Stück = 50 g								
Croissant aus Blätterteig	Stück = 70 g								
Knäcke, Zwieback	Scheibe = 10 g								
BROTBELAG / EIER									
Butter	Portion = 20 g								
Margarine	Portion = 20 g								
Margarine, halbfett	Portion = 20 g								
Wurst (Salami, Mettwurst, Leberwurst)	Portion = 30 g								
Fettarme Wurst (Corned Beef, Geflügelwurst)	Portion = 25 g								
Sojaaufschnitt	Portion = 30 g								
Vegetarische Pasten	Portion = 20 g								
Frischkäse	Portion = 30 g								
Käse unter 20 % Fett i.Tr.	Portion = 30 g								
Käse 20 bis 40 % Fett i.Tr.	Portion = 30 g								
Käse über 40 % Fett i.Tr.	Portion = 30 g								
Marmelade, Gelee	Portion = 25 g								
Honig	Portion = 20 g								
Nussnougatcreme	Portion = 20 g								
Magerquark	Esslöffel = 30 g								
Speisequark	Esslöffel = 30 g								
Eier	Stück = 60 g								
CEREALIEN (MÜSLI ETC.)									
Haferflocken, trocken	Tasse = 60 g								

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung nächste Seite

Fortsetzung nächste Seite

Nahrungsmittel	Kücheneinheit bzw. Portionsmenge	Nahrungsaufnahme, Anzahl pro Tag							Summe (7 Tage)
		1. Tag	2. Tag	3. Tag	4. Tag	5. Tag	6. Tag	7. Tag	
Birne	Stück = 120 g								
Banane	Stück = 125 g								
Melone	Portion = 125 g								
Weintrauben	Portion = 125 g								
Aprikosen, Pfirsiche, Kirschen, Pflaumen	Portion = 100 g								
Erdbeeren, Himbeeren, Stachelbeeren	Portion = 100 g								
Mandarine, Clementine	Portion = 125 g								
Kiwi	Stück = 45 g								
KUCHEN / DESSERT									
Obstkuchen	Stück = 150 g								
Dresdner Stollen aus Hefeteig	Stück = 100 g								
Nürnberger Lebkuchen	1/2 Stück = 40 g								
Trockenkuchen	Stück = 70 g								
Stückchen, Teilchen	Stück = 50 g								
Sahne-, Cremetorte	Stück = 120 g								
Schlagsahne	Esslöffel = 25 g								
Eis	Portion = 75 g								
Milchreis	Portion = 250 g								
Pudding	Portion = 250 g								
Kompott, Apfelmus	Portion = 250 g								
SÜSSWAREN / SNACKS									
Bonbon	Stück = 5 g								
Gummibärchen/Weingummi	Esslöffel = 15 g								
Kekse	Stück = 5 g								
Schokolade	Portion = 20 g								
Schokoriegel (z. B. Mars, Nuts)	Stück = 60 g								
Müsliriegel	Stück = 25 g								
Pralinen	Stück = 12 g								
Nüsse	Esslöffel = 25 g								
Salzige Knabbereien	Tasse = 25 g								
ÖLE / SALZ									
Sonnenblumenöl, Distelöl	Esslöffel = 10 g								
Sojaöl, Erdnussöl	Esslöffel = 10 g								
Oliveöl, Rapsöl	Esslöffel = 10 g								
Jodiertes Salz	Prise = 0,5 g								
Sonstiges (bitte angeben):									

Dieses Blatt wird sofort nach Eingang des Fragebogens abgetrennt!

Anschrift zur Einsendung des Fragebogens:

pregive GmbH, Postfach 110540, 10835 Berlin

Bitte senden Sie mir die persönliche Auswertung an folgende Adresse: *

Name:

Adresse:

Postleitzahl / Ort:

--	--	--	--	--	--

Alternativ: Bitte senden Sie mir die persönliche Auswertung an meine E-Mail Adresse: *

Name:

E-Mail Adresse:

Bitte geben Sie uns Ihr persönliches Geburtsdatum an. Dieses benötigen wir, um ganz sicher sein zu können, dass wir die Empfehlung an die richtige Adresse schicken.

Geburtsdatum:

Tag		Monat		Jahr	

Ich bin damit einverstanden, dass für eine mögliche Folgebefragung (z. B. zu den durchgeführten Maßnahmen der Kinderwunschbehandlung und deren Erfolg) meine Adresse gespeichert wird (ich kann diese Zustimmung jederzeit widerrufen).

Ja.....☐ 1

Nein.....☐ 2  *Dann wird Ihre Adresse ca. 3 Monate nach Eingang des Fragebogens gelöscht!*

Datum

Unterschrift

Bitte geben Sie uns für die Zuordnung an, ob zu Ihrem Männerfragebogen auch ein Frauenfragebogen eingeht.

- ☐ Nur ich sende einen Fragebogen ein
- ☐ Meine Partnerin sendet auch einen Fragebogen ein.

Name meiner Partnerin: _____

Geburtsdatum meiner Partnerin: _____

*** Sie können den Fragebogen natürlich auch ohne Absenderangabe einschicken, dann kann Ihnen die Auswertung jedoch nicht zugestellt werden.**

Erklärung zum Datenschutz und zur absoluten Vertraulichkeit Ihrer Angaben beim planBaby-Fragebogen

Die Befragung wird nach den gesetzlichen Bestimmungen des Datenschutzes in Deutschland durchgeführt. Die Daten werden nur in anonymisierter Form ausgewertet. Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Wenn Sie möchten, können Sie an der Befragung auch anonym teilnehmen und / oder die Ergebnisse an eine dritte Person oder ein Postfach schicken lassen. Die Zustimmung zur Folgebefragung können Sie jederzeit für die Zukunft unter team@planbaby.de oder telefonisch unter 030/450 5780 32 widerrufen.

Bei pregive sind Name und Anschrift stets vom Fragebogen getrennt. Beide Teile erhalten eine Codenummer. Name und Anschrift werden von pregive in der Versandabteilung und dem beauftragten Versandunternehmen gesichert, um Ihnen die persönlichen Empfehlungen auch zusenden zu können. Dabei wird der Antwortbrief verschlossen und nur über die Codenummer an Sie adressiert.

Die Ergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung werden ausschließlich in anonymisierter Form und in Gruppen zusammengefasst dargestellt. Niemand kann also aus den Ergebnissen erkennen, von welcher Person die Angaben stammen. Der ausgefüllte Fragebogen wird ohne Name und Anschrift zur wissenschaftlichen Auswertung an die Datenverarbeitungsabteilung gegeben. Deren Mitarbeiter sehen also nicht, von wem die Angaben stammen. Nur in besonderen Ausnahmefällen (Rückfragen der Teilnehmer) werden die Adressdaten durch eine besonders autorisierte Mitarbeiterin mit den Fragebogendaten zusammengeführt, um die Rückfrage zu beantworten.

Damit ist eine größtmögliche Trennung der Fragebogendaten und der Adressdaten umgesetzt. Die technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz werden regelmäßig vom betrieblichen Datenschutzbeauftragten geprüft.

Wir danken Ihnen für Ihre Mitwirkung und für Ihr Vertrauen in unsere Arbeit.