

# Oriënterend Fertiliteit Onderzoek

## Vragenlijst man

### Persoonsgegevens

Naam: .....

Geboortedatum:.....

Lengte:..... cm

Gewicht:..... kg BMI:

### Vragen over uw vruchtbaarheid

1. Sinds wanneer probeert u met uw huidige partner kinderen te krijgen?
2. Heeft u kinderen met uw huidige partner, van wie u de biologische vader bent?

    Zo ja, hoeveel? ..... kinderen

    Zijn deze zwangerschappen spontaan tot stand gekomen?

Zo nee, gaarne toelichting:.....

3. Heeft u kinderen uit een eerdere relatie, van wie u de biologische vader bent?

    Zo ja, hoeveel? ..... kinderen

    Zijn deze zwangerschappen spontaan tot stand gekomen?

Zo nee, gaarne toelichting:.....

4. Heeft u ooit een zwangerschap tot stand gebracht, zonder dat er een kind geboren is?

- Miskraam
- Abortus
- Buitenbaarmoederlijke zwangerschap
- Vroeggeboorte voor 5 maanden zwangerschapsduur

    Evt.toelichting:.....

5. Bent u al eens eerder op een polikliniek voor vruchtbaarheidsproblemen geweest?

    Zo ja, wat was het probleem van de vruchtbaarheidsstoornis?

- Verminderde spermakwaliteit
- Probleem van de vrouw
- Combinatie
- Onbekend

6. Welke behandeling heeft er plaatsgevonden? O

- Geen
- Hormoonbehandeling
- IUI (intra-uteriene inseminatie)
- IVF/ ICSI
- KID (kunstmatige inseminatie donor)

Evt. toelichting:.....

7. Hoe vaak hebben jullie gemiddeld per week/maand geslachtsgemeenschap? ..... keer per week/maand

**Medische gegevens**

8. . Had of heeft u een van de volgende aandoeningen? Kruis aan indien ja

- Astma
- Bblaasontsteking
- Longziekten
- Hart en vaatziekten
- Trombose
- (Long) Embolie
- Boforchitis (bof met ontsteking van de zaadbal)
- Draaiing van de zaadbal
- Hydrocèle (vochtophoping in de zaadbal)
- Hypospadie (uitmonding van urinebuis op verkeerde plaats)
- Liesbreuk
- Niet ingedaalde zaadbal als kind;
- Erectieproblemen
- Darmziekten
- Diabetes mellitus (suikerziekte)
- Leverlijden
- Nierlijden
- Tuberculose
- Chlamydia
- Gonorroe
- Eileiderontsteking
- Syfilis
- HIV
- Psychiatrische aandoening
- Overige aandoeningen, namelijk:.....

10. Bent u onder behandeling van een medisch specialist (geweest)?

- Zo ja, vul de onderstaande tabel in:

Specialist	Reden behandeling	Behandelperiode

11. Gebruikt u medicijnen? Zo ja, vul de onderstaande tabel in.

Naam medicijn + dosering	Reden

12. Heeft u één of meer van de volgende operaties gehad?

Operatie	Ja/nee*	Reden	Leeftijd	Ziekenhuis
Sterilisatie				
Herstel na sterilisatie				
Correctie van niet ingedaalde zaadbal(len)				
Hydrocèle operatie (vochtophoping in de zaadbal)				
Liesbreuk operatie				
Besnijden				

  

Operatie	Reden	Leeftijd	Ziekenhuis

13. Heeft u ooit chemotherapie en/of radiotherapie gehad? Zo ja, wat was de diagnose?

14. Werkt u regelmatig met chemische stoffen? Zo ja, welke.....

15. Rookt u?

Zo ja, hoeveel rookt u of heeft u gerookt? (per dag)

Hoeveel jaar rookt u, of heeft u gerookt?

16. Drinkt u alcohol
17. Zo ja, hoeveel glazen drinkt u per week (gemiddeld)?
18. Gebruikt u drugs of heeft u drugs gebruikt? Zo ja, welke drugs?
  - Cannabis / marihuana
  - Cocaïne  
XTC
  - Heroïne  
anders, namelijk:.....
19. Indien u drugs gebruikt, hoe vaak?
  - Sporadisch
  - Wekelijks
  - Dagelijks

**Familie gegevens**

20. . Komen er in uw familie *vruchtbaarheidsproblemen* voor?

Zo ja, graag toelichten:.....

21. Komen er in uw familie *aangeboren afwijkingen* voor?

Zo ja, graag toelichten:.....

22. Komen er in uw familie *erfelijke aandoeningen* voor

Zo ja, graag toelichten:.....