



Nationales Forschungsprogramm 50
(NFP50)

Männliche Fruchtbarkeit in der Schweiz

Fragebogen für den Stellungspflichtigen

Studiennummer:

Datum:

Fragebogen

Nationales Forschungsprogramm 50 (NFP50)

RÜCKGANG DER MÄNNLICHEN FRUCHTBARKEIT IN VERSCHIEDENEN GEOGRAPHISCHEN REGIONEN DER SCHWEIZ: ERMITTLUNG GESTÜTZT AUF OBJEKTIVE PARAMETER.

Dieser Fragebogen stellt eine wissenschaftliche Studie dar, von der wir hoffen, dass sie die Faktoren abklärt, welche die die Fähigkeit der männlichen Fortpflanzung beeinflussen. Wir denken dabei besonders an die Lebensart, die berufliche Beschäftigung und medizinische Vergangenheit der untersuchten Personen.

Ein Ziel dieser Studie besteht darin, bessere Kenntnisse dieser Problematik zu erwerben, um Paaren mit Fruchtbarkeitsproblemen zu helfen.

Gewisse Fragen sind vielleicht schwierig zu beantworten. Versuchen Sie aber so gründlich wie möglich zu sein. Zur Erleichterung wurde Ihnen dieser Fragebogen direkt nach Hause geschickt. Wenn Sie zur Studie mitmachen wollen, scheuen Sie sich nicht, bei der Besprechung mit den Studienärzten Fragen zu stellen.

Andrerseits steht es Ihnen auch frei, unpässliche Fragen nicht zu beantworten.

Ein anderer Fragebogen betrifft das Leben und die Gesundheit Ihrer Mutter während der Schwangerschaft. Dieser Fragebogen sollte mit dem beiliegenden Umschlag getrennt zurückgesandt werden.

Ihre Antworten werden vertraulich behandelt und Ihr Name wird nicht mit den Antworten registriert. Der Fragebogen dient lediglich zu statistischen Zwecken und lässt eine Ermittlung Ihrer Personalien nicht zu.

Ihre Beteiligung an dieser Studie ist freiwillig. Es ist aber wichtig, dass Sie möglichst genau und einwandfrei antworten.

A. Allgemeine Fragen

A1. Wann sind Sie geboren?

Jahr 19.....

A2.1. Wo leben Sie jetzt (*im Zivilleben*)?

Stadt /Dorf..... Postleitzahl

A2.2. Seit wann leben Sie in dieser Ortschaft?

..... Jahre

A2.3. Lebten Sie anderswo in den letzten zwei Jahren?

Stadt /Dorf..... Postleitzahl Kanton/Land

Stadt /Dorf..... Postleitzahl Kanton/Land

Stadt /Dorf..... Postleitzahl Kanton/Land

A2.4. Wo sind Sie geboren?

Stadt /Dorf..... Postleitzahl Kanton/Land

A2.5. Wo wohnten Ihre Eltern, als Ihre Mutter schwanger war?

Stadt /Dorf..... Postleitzahl Kanton/Land

A3. Wie bezeichnen Sie Ihre Gesundheit?

Ausgezeichnet

Gut

Mittelmässig

Schlecht

A4. Hat ein Arzt bereits eine der nachstehenden Krankheiten bei Ihnen festgestellt?

(Wenn ja, geben Sie das Jahr der Diagnose und die vorgenommene Behandlung an)

	Nein	Ja	Weiss nicht	Jahr	Behandlung
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis oder andere Leberkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schilddrüsen-Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welcher.....					
Autoimmunkrankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankheit (en)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
welche					

A5. Haben Sie in den letzten 3 Monaten täglich, während einer Woche oder länger, Medikamente oder Nahrungsergänzungen (*Hormone, Dopingmittel für die Entwicklung oder den Unterhalt der Muskulatur*) genommen?

Nein

Ja

Wenn ja, welche:

Name des Medikamentes:	Behandelte Unpässlichkeiten bzw. Krankheit	Dosis :
<i>Beispiel :</i> <i>Aspirin</i>	<i>Muskelschmerzen</i>	<i>1 Tablette 500 mg 3 mal/Tag während 7 Tagen</i>
.....
.....
.....

A6. Hatten Sie eine Temperatur (*Fieber*) von 38° oder mehr während mindestens 24 Stunden in den letzten 3 Monaten?

Nein

Gehen Sie auf Sektion C über

Ja

Weiss nicht

Gehen Sie auf Sektion C über

A7. Wie hoch war diese Temperatur? °C

A8. Wie lange dauerte das Fieber? Tage

A9. Aus welchem Grund?

.....

A10. Was ist Ihr Gewicht und wie gross sind Sie?

Gewicht : kg Grösse : cm

A11. Haben Sie Geschwister (*wenn nein bitte 0 schreiben*)?

Bruder : Schwester:

A12. Gibt es Gesundheitsprobleme (*Krankheiten*) in Ihrer Familie (*Eltern, Grosseltern, Onkel oder Tanten, Geschwister ...*)?

Nein **Gehen Sie zur Sektion C über**
Ja wenn ja welche ? :
Weiss es nicht

Sektion B ist der Fragebogen für die Eltern

C. Gesundheit des Fortpflanzungsorganes

C1. Kam es vor, dass ein (*oder beide*) Hoden vom Hodensack in die Leistengegend glitt(en) und mussten Sie dabei die Hoden von Hand an ihre alte Position zurückführen?

Nein
Ja, beide Hoden Wie oft ?
Ja, der linke Hoden Wie oft?
Ja, der rechte Hoden Wie oft?

Waren beide Hoden im Hodensack, als Sie geboren wurden?

Nein **Gehen Sie zur Frage C4 über**
Ja **Gehen Sie zur Frage C4 über**
Weiss nicht **Gehen Sie zur Frage C4 über**

C2. Waren ein oder beide Hoden nicht im Hodensack, als Sie geboren wurden?

- Ein Hoden war nicht im Hodensack
- Beide Hoden waren nicht im Hodensack
- Weiss nicht

C3. Mussten Sie behandelt werden, um die Hoden in den Hodensack zurückzuführen oder gingen sie spontan in den Hodensack? Im Falle einer Behandlung, wann begann diese?

- Nein, sie gingen spontan in den Hodensack, ich musste nicht behandelt werden
- Ja, beide durch hormonale Behandlung Beginn der Behandlung im Jahr:
- Ja, beide mussten operiert werden Erste Operation im Jahr:
- Einer ging spontan zurück, der andere durch hormonale Behandlung Beginn der Behandlung im Jahr:
- Einer ging spontan zurück, der andere musste operiert werden Erste Operation im Jahr:
- Ich weiss es nicht

C4. Hatten Sie den Mumps?

- Nein **Gehen Sie zur Frage C7 über**
- Ja
- Weiss nicht **Gehen Sie zur Frage C7 über**

C5. In welchem Alter hatten Sie den Mumps?

Mit..... Jahren

C6. Wurden einer oder beide Hoden durch den Mumps angesteckt?

- Nein
- Ja
- Weiss nicht

C7. Wurden Sie einmal ziemlich stark in der Hodengegend verletzt, was eine Anschwellung zur Folge hatte (Ev. durch einen Fusstritt beim Fussballspiel oder anderswo)? Wenn ja, wann?

- Nein
- Ja In welchem Jahr :
- Weiss nicht

C8. Wurden Sie operiert infolge einer der nachstehenden gesundheitlichen Beschwerden? Wenn ja, geben Sie bitte das Jahr der ersten Operation bekannt.

	Nein	Ja	Weiss nicht	Jahr
Leistenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern im Hodensack (Varikozele)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstauchung der Hoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hodenkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hypospadie (nicht normale Harnröhrenmündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen des Penis, der Hoden oder der Urin- und Hodensackorgane	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			

C9. Hat ein Arzt bei Ihnen eine der nachstehenden Beschwerden festgestellt? Wenn ja, geben Sie bitte bekannt, in welchem Jahr die Diagnose gestellt wurde.

	Nein	Ja	Weiss nicht	Jahr
Infektion der Hoden oder der Nebenhoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektion der Harnwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektion der Prostata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gonorrhö (Tripper)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektion durch Chlamydia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Krampfadern im Hodensack (Varikozele)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche?			

C10. Wann haben Sie die nachstehenden Zeichen der Pubertät bemerkt? War dies vorher, nachher oder gleichzeitig wie die Mehrzahl Ihrer Kameraden? Wenn Sie sich an Ihr Alter anlässlich dieser Vorkommnisse erinnern, geben Sie es bitte an?

	Vorher	Nachher	Gleiche Zeit	Weiss nicht	Alter
Stimmbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vergrösserung des Penis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wachstum der Hoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entwicklung der Schambehaarung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C11. Haben Sie die folgenden sexuellen Probleme? Wenn ja, wie oft?

	Öfters	Manchmal	Nie	Weiss nicht
Ich bin nicht am Sex interessiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erektionsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verfrühter Samenerguss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kein Samenerguss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche			

C12. Wie viel Mal pro Woche haben Sie Geschlechtsverkehr? (Selbstbefriedigung inbegriffen)

Geschlechtsverkehr: Mal pro Woche Selbstbefriedigung: Mal pro Woche

D. Lebenshygiene und Ernährung

Mehrere Studien zeigten die Wichtigkeit der Hygiene und der Ernährungsart für die Gesundheit des Menschen. Die nachstehenden Fragen stehen damit im Zusammenhang.

D1. Haben Sie schon geraucht oder rauchen Sie noch jetzt (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)?

Nein Gehen Sie zur Frage D4 über
 Ja

D2. Wie viele Zigaretten, Zigarren oder Pfeifen rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?

..... Zigaretten pro Tag
 Zigarren pro Tag
 Pfeifen pro Tag

D3.1. Seit wie vielen Jahren rauchen Sie? Wenn Sie das Rauchen in gewissen Perioden unterbrochen haben, ziehen Sie diese Zeit ab.

..... Jahre

D3.2. Wenn Sie mit dem Rauchen aufhörten: wie viele Jahre haben Sie geraucht und welche Menge?

..... Anzahl Zigaretten pro Tag währendJahren

D4.1. Haben Sie während der vergangenen Woche die nachstehenden Substanzen konsumiert und in welchen Mengen? Wenn Sie die Substanz nicht konsumiert haben, schreiben Sie 0.

Bier	.....	Flaschen pro Woche (25 cl = 1 Flasche)
Wein	.....	Glas pro Woche (10 cl = 1 Glas)
Spirituosen	.....	Drinks pro Woche (2 cl = 1 Drink)
Marihuana oder Haschisch	.....	Mal pro Woche
Kokain, Crack oder andere Drogen	.....	Mal pro Woche
Limonade mit Alkohol (Alkopops)	.....	Flaschen pro Woche (33 cl = 1 Flasche)
Limonade mit Koffein (Coca Cola usw.)	.....	Flaschen pro Woche (1 l = 1 Flasche)
Diätetische Limonade (light - Getränke)	.....	Flaschen pro Woche (1 l = 1 Flasche)
Schokolade	.....	Stäbe pro Woche (1 Stab = 1 Mars)

D4.2. Haben Sie während der vergangenen Woche die nachstehenden Substanzen konsumiert und in welchen Mengen? Wenn Sie die Substanz nicht konsumiert haben, schreiben Sie 0.

Kaffee	.....	Tassen pro Tag
Tee	.....	Tassen pro Tag
Kakao	.....	Tassen pro Tag

D5. Sind Sie Vegetarier?

Nein **Gehen Sie zur Frage D8 über**
 Ja

D6. Wie lange waren Sie Vegetarier?

..... Monate oder Jahre

D7. Konsumieren Sie die folgenden Produkte?

	Nein	Ja
Fisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D8. Trinken Sie Milch? Inbegriffen die Milch mit Getreide oder Kaffee, Tee, Kakao.

Nein **Gehen Sie zur Frage D11 über**
 Ja

D9. Wie viel Liter Milch trinken Sie durchschnittlich pro Tag? Inbegriffen die Milch mit Getreide oder Kaffee, Tee, Kakao. Sie können die Menge in ¼ oder ½ Liter angeben.

..... Liter pro Tag

D10. Wie oft konsumieren Sie die folgenden Produkte?

	Öfters	Manchmal	Nie oder nur selten
Vollmilch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Drinkmilch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magermilch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sojamilch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Milchsorten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche		

D11. Wie oft konsumieren Sie die folgenden Nahrungsmittel?

	Nie	1-3 Mal pro Monat	1 Mal pro Woche	2-3 Mal pro Woche	1 Mal pro Tag	Mehrmals pro Tag
Yoghurt	<input type="checkbox"/>					
Käse	<input type="checkbox"/>					
Eier	<input type="checkbox"/>					
Butterbrot	<input type="checkbox"/>					
Butter zum kochen	<input type="checkbox"/>					
Tofu	<input type="checkbox"/>					
Soja statt Fleisch	<input type="checkbox"/>					
Erbsen, Linsen	<input type="checkbox"/>					
Bohnen	<input type="checkbox"/>					
Magerfische (1)	<input type="checkbox"/>					
Fettfische (2)	<input type="checkbox"/>					
Poulet, Truthahn	<input type="checkbox"/>					
Rind, Kalb	<input type="checkbox"/>					
Schaf, Schwein	<input type="checkbox"/>					
Hamburger	<input type="checkbox"/>					
Gemüse	<input type="checkbox"/>					
Früchte	<input type="checkbox"/>					

(1) Magerfische: Hecht; Kabeljau, Scholle, Heilbutt, Merlan, Egli, Rochen, Peterfisch, Seezunge, Forelle, ...

(2) Fettfische: Salm / Lachsfisch, Sardine, roter Thun, Lachsforelle, Aal, Hering, Makrele, ...

D12. In welchen Abständen wählen Sie vegetarische Kost an Stelle der folgenden Produkte?

	Meistens	Manchmal	Selten oder nie
Milch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Milchprodukte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fleisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

D13. Waschen Sie Früchte und Gemüse vor dem Genuss (*roh oder vor dem Kochen*)?

Meistens	<input type="checkbox"/>
Manchmal	<input type="checkbox"/>
Selten oder nie	<input type="checkbox"/>

D14. Wie viele Stunden pro Woche halten Sie sich in Räumen auf, wo geraucht wird? (*Bar, Restaurant...*)

..... Stunde pro Woche

E. Ausbildung, Beruf und Freizeitgestaltung

E1. Welche Schulausbildung haben Sie erreicht?

Primarschule oder weniger	<input type="checkbox"/>
Sekundarschule	<input type="checkbox"/>
Gymnasium	<input type="checkbox"/>
Berufliche Ausbildung (Lehre, Berufsschule)	<input type="checkbox"/>
Technische Hochschule	<input type="checkbox"/>
Akademische Ausbildung (Universität, ETH)	<input type="checkbox"/>

E2. Wie viele Schuljahre haben Sie total hinter sich? (*Universität = Schule*)

..... Jahre

E3. Sind Sie noch in der Schule? (*Universität = Schule*)

Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>

E4.1 Wie viele Stunden pro Woche haben Sie im Durchschnitt während den letzten drei Monaten gearbeitet? (*Schularbeit inbegriffen*)

..... Stunden pro Tag

E4.1 Was ist Ihr Beruf?

E5. In welchen Zeitabschnitten haben Sie in den letzten drei Monaten gearbeitet?

- Während des Tages (6h00 - 17h00 Uhr)
- Am Abend (17h00 Uhr bis Mitternacht)
- Während der Nacht (Mitternacht - 6h00 Uhr)
- In regelmässigen, gleichmässigen Zeitabschnitten
- In unregelmässigen Zeit- und Stundenabschnitten

E6. In was für einer Körperhaltung arbeiteten Sie in den letzten drei Monaten? (Mehrere Antworten sind möglich).

- Sitzend im Auto Stunden pro Tag
- Sitzend im Büro Stunden pro Tag
- Stehend Stunden pro Tag
- Gehend Stunden pro Tag
- Abwechselnd stehend und gehend Stunden pro Tag

E7.1 Wie oft haben Sie in den drei letzten Monaten folgende Arbeiten, oder Arbeiten mit den nachstehenden Produkten gemacht?

	Jeden Tag	Jede Woche	Selten oder nie
Lackierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebäudemalerei	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweissen / Löten (Metall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fräsen, Polieren (Metall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entfetten (Metall)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Entfetten mit organischen Lösungsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leimen / Kleben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schweissen von PVC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Unkraut- oder anderen Vernichtungsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Photoentwicklung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Betäubungsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Laborarbeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gearbeitet bei Temperaturen > 50°C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umgang mit Röntgenstrahlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlten Sie sich traurig und demoralisiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E7.2 Sind Sie in den drei letzten Monaten mit anderen chemischen Produkten, hoher elektrischer Spannung oder elektromagnetischen Quellen in Kontakt gewesen und wenn ja, welche und wie oft?

Nein

Ja

Wenn ja, welche und wie oft:

.....

E8. Haben Sie in den drei letzten Monaten die folgenden Produkte verwendet, wenn ja, wie oft?

	Nein	Ja	Weiss nicht	Wie oft
Anti-Moskito-Plättchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fliegenspray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Insektenspray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pulver gegen Ameisen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halsband oder Shampoo gegen Läuse für Hunde und Katzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E9.1. Haben Sie ein Mobiltelefon (Natel)?

Nein

Ja

E9.2. Wie oft benutzen Sie Ihr Mobiltelefon?

Mehr als 20 Mal pro Tag

Zwischen 10 und 20 Mal pro Tag

Zwischen 5 und 10 Mal pro Tag

Zwischen 1 und 5 Mal pro Tag

Einige Male pro Woche

Selten

E9.3. Wo tragen Sie Ihr Mobiltelefon die meiste Zeit, wenn Sie nicht telefonieren (nur eine Antwort ist möglich)?

Am Gurt

In einer Hosentasche

In einer Westentasche

Andere Stelle

bestimmen Sie bitte:

.....

F. SCHWANGERSCHAFTEN MIT IHRER FRAU/FREUNDIN

F1. Haben Sie schon einmal eine Schwangerschaft verursacht? (Ausgetragen oder nicht).

Nein

Ja

Wenn ja, wie oft?mal

F2. Wollten Sie schon mal absichtlich eine Frau schwängern?

Nein

Ja

Gehen Sie zur letzten Seite über

F3. Ist es Ihnen gelungen?

Nein

Ja

Gehen Sie zur Frage F5 über

F4. Wie lange haben Sie versucht, ein Kind zu zeugen, bevor es Ihnen gelungen ist? (Anzahl Monate ohne Anwendung von Verhütungsmitteln)

Anzahl Monate

Gehen Sie zur Frage F6 über

F5. Wie lange haben Sie versucht ein Kind zu zeugen bevor Sie darauf verzichteten? (Anzahl Monate ohne Anwendung von Verhütungsmitteln)

Anzahl Monate

F6. Wurde Ihre Partnerin ärztlich untersucht, um eine Schwangerschaft herbeizuführen?

Nein

Ja

Gehen Sie zur letzten Seite über

Wenn ja, welche(n)

F7. Wurde Ihre Partnerin behandelt, um schwanger zu werden?

Nein

Ja

Wenn ja, welche
