



Nationales Forschungsprogramm 50
(NFP50)

Männliche Fruchtbarkeit in der Schweiz

Fragebogen für die Eltern des Stellungspflichtigen

Studiennummer:

Datum:

Eltern Fragebogen

Nationales Forschungsprogramm 50 (NFP50)

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

Zahlreiche Wissenschaftler denken, dass die Umweltfaktoren während des Lebens im Mutterleib für die Entwicklung der Gesundheit des werdenden Menschen wichtig sein können.

Alle nachstehenden Fragen bezüglich Ihres Sohns, welcher an dieser Studie beteiligt ist, figurieren unter dem Begriff « **Ihr Kind** ». Bei Unklarheiten bzw. Unsicherheiten bei der Beantwortung der Fragen, kreuzen Sie das Feld « **ich weiss es nicht** » an.

Wir danken Ihnen zum voraus, dass Sie etwas Zeit aufopfern, um diesen Fragebogen zu beantworten, was für uns und für unsere Gesellschaft sehr nützlich sein wird.

Schwangerschaft und erstes Lebensjahr

B1.1. Wo ist Ihr Sohn geboren?

Stadt/Dorf PLZ Kanton/Land

Ich weiss es nicht

B1.2. Wo lebte er während seines ersten Lebensjahres?

Stadt/Dorf PLZ Kanton/Land

Stadt/Dorf PLZ Kanton/Land

Ich weiss es nicht

B2. Wo wohnten Sie, als Sie Ihren Sohn erwarteten?

Stadt/Dorf PLZ Kanton/Land

Ich weiss es nicht

B3.1. Wo sind Sie geboren?

Stadt/Dorf PLZ Kanton/Land

Ich weiss es nicht

B3.2. Wo ist der Vater Ihres Sohnes geboren?

Stadt/Dorf PLZ Kanton/Land

Ich weiss es nicht

B4. Was ist Ihr Geburtsdatum und dasjenige des Vaters Ihres Sohnes?

Geburtsjahr der Mutter

Geburtsjahr des Vaters

B5. Rauchten Sie als Sie Ihren Sohn erwarteten?

Nein

Ja

B6. Rauchte der Vater Ihres Sohnes, als Sie ihn erwarteten?

- Nein
Ja
Ich weiss es nicht
-

B7. Rauchten Sie, der Vater Ihres Sohnes, oder andere Personen in Ihrer Wohnung, als Ihr Sohn ein Kind war (kreuzen Sie mehrere Felder an, wenn mehr als eine Person rauchte)?

- Nein, niemand rauchte bei uns
Ja, die Mutter
Ja, der Vater
Ja, ein anderes Familienglied
Ich weiss es nicht
-

B8. Wie lange dauerte Ihre Schwangerschaft?

Wochen : oder Monate :

Wie ist Ihr Kind geboren:

- Vorzeitig (unter 37 Wochen)
Zeitgemäss (zwischen 37 und 42 Wochen)
Verspätet (später als nach 42 Wochen)
Ich weiss es nicht
-

B9. Welches war das Gewicht und die Körpergrösse Ihres Sohnes bei der Geburt?

Gewicht: kg Grösse : cm

- War sein Gewicht?** Sehr gering (unter 2500 g)
Normal (zwischen 2500 und 4000 g)
Sehr hoch (mehr als 4000 g)
Ich weiss es nicht
-

B10. Ist Ihr Kind ein Zwilling oder ein Drilling?

- Nein **Gehen Sie zur Frage B12**
Ja
-

B11. Ist Ihr zweiter/dritter Zwilling/Drilling ein Knabe oder ein Mädchen?

2. Zwilling oder Drilling

Männlich
 Weiblich

3. Drilling:

Männlich
 Weiblich

B12.1 Wie viele Male waren Sie schwanger vor der Geburt Ihres Sohnes (Fehlgeburten, Abtreibungen und extrauterine Schwangerschaften inbegriffen)?

Anzahl der termingerechten Schwangerschaften (lebend oder totgeborene Kinder)
 Anzahl Abtreibungen, Fehlgeburten und **extrauterine Schwangerschaften**

B12.2 Wie viele Male waren Sie in Ihrem Leben schwanger (Fehlgeburten, Abtreibungen und extrauterine Schwangerschaften)?

Anzahl der termingerechten Schwangerschaften (lebend oder totgeborene Kinder)
 Anzahl Abtreibungen, Fehlgeburten und **extrauterinen Schwangerschaften**

B13. Haben Sie die Verhütungsmittel eingestellt vor der Empfängnis Ihres Sohnes, funktionierten die Verhütungsmittel nicht oder trafen Sie keine Vorsichtsmassnahmen?

Keine Verhütungsmittel
 Einstellung der Verhütungsmittel vor der Empfängnis
 Die Verhütungsmittel haben nicht gewirkt **Gehen Sie zur Frage B15**
 Ich weiss es nicht

B14. Wie viel Zeit ist verstrichen zwischen der Einstellung der Verhütungsmittel und der Empfängnis Ihres Sohnes?

..... Monate und/oder Jahre

Wenn Sie es nicht genau wissen, dauerte es mehr als ein Jahr?

Nein, es dauerte weniger als ein Jahr
 Ja, es dauerte mehr als ein Jahr
 Ich weiss es nicht

B15. Wurden Sie ärztlich behandelt um die Empfängnis zu unterstützen?

Nein
 Ja

Wenn ja, um was für eine Behandlung handelte es sich:

.....

B16. Haben Sie einen Monat vor der Empfängnis Verhütungsmittel eingenommen?

Nein

Gehen Sie zur Frage B18.1

Ja

Ich weiss es nicht

Gehen Sie zur Frage B18.1

B17. Haben Sie weiter Verhütungsmittel eingenommen, bevor sie wussten, dass Sie schwanger waren?

Nein

Ja

Ich weiss es nicht

B18.1. Welches Gewicht hatten Sie bevor Sie schwanger waren und wie gross waren Sie?

Gewicht vor der Schwangerschaft kg Grösse cm

Ich weiss es nicht

B18.2. Welche Gewichtszunahme hatten Sie während der Schwangerschaft?

Weniger als 10 kg

10-15 kg

15-20 kg

20-25 kg

Mehr als 25 kg

Ich weiss es nicht

B19. Arbeiteten Sie während der Schwangerschaft?

Nein

Ja

Wenn ja, was war Ihr Beruf?

B20. Arbeitete der Vater Ihres Sohnes, als Sie schwanger waren?

Nein

Ja

Wenn ja, was war sein Beruf?

Ich weiss es nicht

B21 Hatten Sie Übelkeit, als Sie schwanger waren?

- Nein **Gehen Sie zur Frage B23**
- Ja
- Ich weiss es nicht **Gehen Sie zur Frage B23**

B22. Waren diese Übelkeiten:

- Leicht?
- Mittelmässig?
- Stark?
- Ich weiss es nicht

B23. Waren Sie Vegetarierin, als Sie schwanger waren?

- Nein
- Ja

B24. Hatten Sie die folgenden Probleme, als Sie schwanger waren? Wenn ja, was für eine Behandlung haben Sie erhalten?

	Nein	Ja	Weiss nicht	Behandlung
Blutungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fehlgeburtsrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Präeklampsie (Bluthochdruck infolge Schwangerschaft)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaftsdiabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vorzeitige Kontraktionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anderes (wenn ja, was ?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B25.1 Hatten Sie schwere Probleme, als Sie Ihren Sohn erwarteten, zum Beispiel: Ehescheidung, Tod eines nahe stehenden Menschen, litten Sie an einer schweren Krankheit, gab es eine solche in der nahen Verwandtschaft oder hatten Sie grosse finanzielle Probleme?

- Nein
- Ja

B25. 2 Leiden Sie oder haben Sie unter ernsthaften Krankheiten gelitten?

	Mutter	Vater
Nein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche:	

B25. 3 Hat ein anderes Mitglied Ihrer Familie zu diesem Zeitpunkt unter ernsthaften Krankheiten gelitten?

Nein	<input type="checkbox"/>
Ja	<input type="checkbox"/>
Weiss es nicht	<input type="checkbox"/>
	Mütterlicherseits:
Wenn ja, welches Mitglied:
Wenn ja, welche Krankheit:
	Väterlicherseits:
Wenn ja, welches Mitglied:
Wenn ja, welche Krankheit:

Die nachstehenden Fragen betreffen die ersten Lebensmonate Ihres Sohnes

B26. Wurde Ihr Sohn an der Brust gestillt?

Nein	<input type="checkbox"/>	Gehen Sie zur Frage B28
Ja	<input type="checkbox"/>	

B27.1. Wie lange wurde Ihr Sohn ausschliesslich am Brust gestillt (Muttermilch als einzige Nahrung)?

Anzahl Monate	Ich weiss es nicht	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------	--------------------------

B27.2. Wie lange wurde Ihr Sohn noch am Brust gestillt, nachdem eine andere Milch oder eine andere Nahrung die Muttermilch ergänzte?

Anzahl Monate	Ich weiss es nicht	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------	--------------------------

B28. Wurde Ihr Sohn mit einer industriellen Milch ernährt (Milchpulver für Baby verschiedener Art, Kuhmilch, Sojamilch usw.)?

- Nein **Gehen Sie zur Frage B32**
- Ja
- Ich weiss es nicht **Gehen Sie zur Frage B32**
-

B29. In welchem Alter wurde Ihr Sohn zum ersten Mal mit industrieller Milch ernährt?

Monate Ich weiss es nicht

B30. Mit welcher industriellen Milch wurde Ihr Sohn ernährt?

- Grundbasis Kuhmilch
- Grundbasis Sojamilch
- Spezialmilch wegen Laktoseunverträglichkeit
- Andere Milcharten (welche?)
- Fabrikationsmarke der Milch
- Ich weiss es nicht
-

B31. Wie lange wurde Ihr Sohn mit dieser Sorte Milch ernährt?

Monate Ich weiss es nicht

B32. Welche Art von Windeln benutzten Sie?

- Wegwerfwindeln
- Tuchwindeln
- Andere welche ?
- Ich weiss es nicht
-

B33. Wie lange trug Ihr Sohn Windeln (*auch nur während der Nacht*)?

- 1-2 Jahre
- 3-4 Jahre
- 5-6 Jahre
- Mehr als 6 Jahre
- Ich weiss es nicht
-

B34. Verwendeten Sie eine Creme, um Hautreizungen, die ein Baby am Hintern haben kann, zu pflegen?

- Nein
 Ja
 Ich weiss es nicht

B35. Hat Ihr Sohn im ersten Lebensjahr chronische Krankheiten, die einen Spitalaufenthalt oder eine regelmässige Behandlung während mehr als einer Woche erforderten?

- Nein
 Ja Wenn ja, welche Krankheit?
 Ich weiss es nicht

Die nachstehenden Fragen betreffen die sozialen und wirtschaftlichen Verhältnisse, die vorwiegend während der Jugendzeit Ihres Sohnes (bis zu 16 Jahren) vorhanden waren.

B36. Mit wem lebte Ihr Sohn vorwiegend während seiner Jugendzeit?

- Vater und Mutter
 Alleinstehende Mutter
 Alleinstehender Vater
 Mutter und Schwiegervater
 Vater und Schwiegermutter
 Grosseltern
 Andere Mit wem?

B37. Welches ist/war der Grad der Schulbildung der Personen, die sich mit Ihrem Kind befaßten, als es klein war? Wie viele Jahre Schule (alle umfaßten Schulen) haben Sie persönlich absolviert?

Andere : Frage 36 ansehen
 (Zum Beispiel :
 Grossvater/Grossmutter)

	Mutter	Vater
Weniger als 7 Schuljahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 - 8 Schuljahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 - 10 Schuljahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 und mehr Schuljahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiss es nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B38. Welches ist/war das von den Personen erreichte Schulniveau, die sich mit Ihrem Kind befaßten, als es klein war?

Andere : Frage 36 ansehen

(Zum Beispiel :

Grossvater/Grossmutter)

	Mutter	Vater
Keine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fähigkeitszeugnis (FZ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
FZ mit Meisterprüfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Gewerbeschulen (Lehrer Grundschule, Krankenschwesterschule)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingenieur (Techniker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hochschulniveau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Diplome	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiss es nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B39. Welche Beschäftigung hatten die Personen, die sich um Ihren Sohn kümmerten, als er ein Kind war?

Andere : Frage 36 ansehen

(Zum Beispiel :

Grossvater/Grossmutter)

	Mutter	Vater
Unabhängig (Bauer, Viehzüchter, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unabhängig (Arzt, Notar, usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders Unabhängig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeiteten zusammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Qualifizierter Arbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unqualifizierter Arbeiter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beamter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mutter oder Vater im Haushalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitslos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Behindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiss es nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B40. Arbeiteten die Personen, die sich um Ihren Sohn kümmerten, in der Privatwirtschaft oder im öffentlichen Dienst (*Staatsbeamte*)?

Andere : Frage 36 ansehen
 (Zum Beispiel :
Grossvater/Grossmutter)

	Mutter	Vater
Staatsangestellter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
In Privatwirtschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich weiss es nicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B41. Wie viele Angestellte hatten die Personen, die sich um Ihren Sohn kümmerten? (Wenn keine, schreiben Sie 0)

- Angestellte der Mutter
- Angestellte des Vaters
- Angestellte (Andere) (Sehe Frage 36)
- Angestellte (Andere) (Sehe Frage 36)
- Ich weiss es nicht

B42. Wie lautete die genaue berufliche Bezeichnung der Personen, die sich um Ihren Sohn kümmerten (z.B. *Lehrer, Krankenschwester, Kaufmännischer Angestellter, Sekretär, Arzt, usw.*)?

- Mutter
- Vater
- Andere (Sehe Frage 36)
- Andere (Sehe Frage 36)
- Ich weiss es nicht

GESUNDHEIT DER GESCHLECHTSORGANE IHRES SOHNES

Die nachstehenden Fragen betreffen die Gesundheit der Geschlechtsorgane Ihres Sohnes (Geburt und ersten Lebensjahre)

C2. Waren einer oder beide Hoden nicht im Hodensack als Ihr Sohn geboren wurde?

- Beide Hoden waren im Hodensack **Gehen Sie zur Frage C4**
Ein Hoden war nicht im Hodensack
Beide Hoden waren nicht im Hodensack
Ich weiss es nicht

C3. Musste Ihr Sohn behandelt werden, um die Hoden an ihre Stelle zu bringen oder gingen sie spontan in den Hodensack? (Im Falle einer Behandlung, wann begann diese?)

- Nein, sie gingen spontan zurück
Er 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 wurde hormonal behandelt Beginn der Behandlung im Jahr:
Einer ging spontan zurück, der andere wurde operiert Erste Operation im Jahr:
Ich weiss es nicht

C4. Hatte Ihr Sohn den Mumps?

- Nein **Gehen Sie zur Frage C7**
Ja
Ich weiss es nicht **Gehen Sie zur Frage C7**

C5. In welchem Alter hatte er den Mumps?

..... Jahren

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

- Nein
Ja
Ich weiss es nicht

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

- Nein
- Ja Jahr :
- Ich weiss es nicht

C8. Wurde Ihr Sohn 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"/>
Krampfäden 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 (Harnröhrenmündung nicht normal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Erkrankungen des Penis, der Hoden, der Harnwege oder der Hodensackorgane.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche			

C9. Hat ein Arzt bei Ihrem Sohn 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"/>
Krampfäden im Hodensack	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leistenbruch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krankheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche			

