

LEKI I SUPLEMENTY

- Jakie leki przyjmuje Pan obecnie? _____
- Czy przyjmował/przyjmuje Pan testosteron lub sterydy anaboliczne? Tak Nie
- Czy przyjmuje Pan jakieś suplementy? Tak Nie
- Jeśli tak, jakie: _____

FUNKCJE SEKSUALNE

- Czy ma Pan problemy z erekcją? Tak Nie
- Czy ma Pan problemy z wytryskiem? Tak Nie
- Jak często ma Pan stosunki płciowe? >3x/tydzień 2-3x/tydzień 1x/tydzień 1x/tydzień
- Czy stosujecie lubrykanty? Tak Nie (jeśli tak, jakie: _____)

STYL ŻYCIA

- Czy pali Pan papierosy lub e-papierosy? Tak Nie (jeśli tak, ile dziennie: _____)
- Czy pije Pan alkohol? Nie Okazjonalnie Regularnie (ile jednostek/tydzień: _____)
- Czy używa Pan marihuany lub innych narkotyków? Tak Nie
- Ile kawy pije Pan dziennie? _____ filiżanek
- Jak często ćwiczy Pan? Nie ćwiczę 1-2x/tydzień 3-5x/tydzień 5x/tydzień
- Czy uprawia Pan sporty ekstremalne lub kontaktowe? Tak Nie

EKSPOZYCJE ŚRODOWISKOWE I ZAWODOWE

- Czy pracuje Pan w wysokiej temperaturze? Tak Nie
- Czy ma Pan kontakt z chemikaliami/pestycydami/metalami ciężkimi? Tak Nie
- Czy nosi Pan ciasną bieliznę? Tak Nie
- Czy często korzysta z sauny/gorących kąpielii? Tak Nie
- Czy trzyma Pan laptop na kolanach przez dłuższy czas? Tak Nie
- Czy mieszka Pan blisko linii wysokiego napięcia/stacji transformatorowej? Tak Nie
- Czy w ciągu ostatnich 6 miesięcy był remont w miejscu zamieszkania? Tak Nie

HISTORIA RODZINNA

- Czy w rodzinie były przypadki niepłodności? Tak Nie
- Czy w rodzinie występowała mukowiscydoza? Tak Nie

DODATKOWE INFORMACJE

Czy jest coś jeszcze, o czym powinien wiedzieć lekarz?
