



Anamnesefragebogen Angaben des Mannes ♂

Datum Erstgespräch:	Arzt:	Überweiser:
---------------------	-------	-------------

**Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an.
Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.**

Name:	
Geb.-Name:	
Vorname:	
Adresse:	
<i>privat</i> :	
<i>mobil</i> :	
Beruf:	

1 Geburtsdatum: _____._____._____ **Alter:** _____

2 Sind Sie miteinander verheiratet? ja: nein:
Standesamtliches Heiratsdatum: _____._____._____

3 Ihr Körpergewicht und Ihre Größe

Gewicht (Kilo): _____ Größe (cm): _____

4 Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden? nein

	seit Jahr:	Medikamente
Mumps nach Pubertät		
Diabetes (Zuckerkrankheit)		
insulinpflichtig?	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Bluthochdruck		
Epilepsie		
Krebs/ andere Tumore		
Schilddrüsenerkrankung		
Andere nicht oben aufgeführte Erkrankungen? z.B. chronische Infektionen z.B. HIV, Hepatitis		

5 Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

nein

ja, mit jetziger Partnerin (wann?) _____

Nach Kinderwunschbehandlung? nein ja

ja, mit anderer Partnerin (wann?) _____

Nach Kinderwunschbehandlung? nein ja

Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?

nein ja

6 Haben Sie sich sterilisieren lassen? nein

ja (wann?) _____

falls ja: Wurden Sie später wieder refertilisiert? nein

ja (wann?) _____

7 Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermogramm) durchgeführt worden? nein

ja (wann zuletzt?) _____

mit welchem Ergebnis? normal auffällig

8 Haben Sie Erektionsstörungen?

nein ja

9 Hatten Sie Operationen/ Erkrankungen im Genitalbereich?

(z.B. Leistenbruch, Hodenhochstand, Krampfadern, Tumore, Entzündungen)

nein

ja (wann?) _____

falls ja, welche Therapie erfolgte?

Kinderwunschzentrum Gelsenkirchen**Anamnesebogen** ♂

Name:	
Vorname:	

10 Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter**festgestellt worden** nein ja: links ja: rechts**11 Rauchen Sie?** nein ja, täglich (Anzahl) _____ Zigaretten**12 Trinken Sie Alkohol?** nie ja wie oft? _____**Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen), Energydrinks, Aufputsch- oder Dopingmittel?** nein ja welche? _____
wie oft? _____**13 Haben Sie Allergien?** nein ja welche? _____**Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?** ja nein**14 Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?** nein ja, mütterlicherseits (welche?)

_____ ja, väterlicherseits (welche?)

_____**Anzahl Geschwister** _____
Anzahl Nichten/Neffen _____**Für Ärztin: Thrombophilie:****Erberkrankungen:****15 Waren Sie und Ihre Partnerin bereits vor Eheschließung miteinander verwandt?** ja nein**16 Waren Sie in den letzten 12 Wochen im außereuropäischen Ausland?** ja nein**Wenn ja, wo?** _____**Wann?** _____**17 Wer ist Ihr behandelnder Männerarzt/Urologe?**_____
_____**18 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?**_____

_____**Bemerkungen**