

## 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:   |  |
|            |  |
|            |  |
| ☎ privat:  |  |
| ☎ mobil    |  |
| 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?** ☐ O nein

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

**5 Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?**

☐ O nein

☐ O ja, mit jetziger Partnerin (wann?) \_\_\_\_\_

**Nach Kinderwunschbehandlung?** ☐ O nein ☐ O ja

☐ O ja, mit anderer Partnerin (wann?) \_\_\_\_\_

**Nach Kinderwunschbehandlung?** ☐ O nein ☐ O ja

**Waren sie mit einer früheren Partnerin bereits  
ungewollt kinderlos?**

☐ O nein

☐ O ja

**6 Haben Sie sich sterilisieren lassen?**

☐ O nein

☐ O ja (wann?) \_\_\_\_\_

**falls ja: Wurden Sie später wieder refertilisiert?** ☐ O nein

☐ O ja (wann?) \_\_\_\_\_

**7 Ist schon eine Spermienuntersuchung**

**(Spermiogramm) durchgeführt worden?**

☐ O nein

☐ O ja (wann zuletzt?) \_\_\_\_\_

**mit welchem Ergebnis?** ☐ O normal ☐ O auffällig

**8 Haben Sie Erektionsstörungen?**

☐ O nein

☐ O ja

**9 Hatten Sie Operationen/ Erkrankungen im**

**Genitalbereich?**

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

☐ O nein

☐ O ja (wann?) \_\_\_\_\_

**falls ja, welche Therapie erfolgte?**

---



---



---

## Kinderwunschzentrum Gelsenkirchen

### Anamnesebogen

|          |  |
|----------|--|
| Name:    |  |
| Vorname: |  |

#### 10 Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter

festgestellt worden ☐ ja ☐ nein

☐ ja: links ☐ ja: rechts

#### 11 Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

☐ ja, täglich (Anzahl) \_\_\_\_\_ Zigaretten

#### 12 Trinken Sie Alkohol? ☐ ja ☐ nein

☐ ja wie oft? \_\_\_\_\_

**Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen),  
Energydrinks, Aufputsch- oder Dopingmittel?**

☐ nein

☐ ja welche? \_\_\_\_\_

wie oft? \_\_\_\_\_

#### 13 Haben Sie Allergien? ☐ ja ☐ 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? ☐ ja ☐ 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 außer- europäischen Ausland? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Wann? \_\_\_\_\_

#### 17 Wer ist Ihr behandelnder Männerarzt/Urologe?

|  |
|--|
|  |
|  |

#### 18 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

|  |
|--|
|  |
|  |

#### Bemerkungen

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |