

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 Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?

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

4 Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw.

Beschwerden? ja 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

(Spermiogramm) 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 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)

Aufputsch- oder Dopingmittel? ja 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?)

15 Waren Sie und Ihre Partnerin bereits vor Eheschließung miteinander verwandt?

ja nein

16 Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

17 Wer ist Ihr behandelnder Männerarzt?

Bemerkungen

Für Ärztin:

Thrombophilie:

Erbkrankheiten:
