

## 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?  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?)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_