

Anamnese – Fragebogen für den Mann

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Bitte *nehmen* Sie sich **10 Minuten Zeit** und füllen Sie diesen Fragebogen **vollständig und gewissenhaft** aus. Dadurch können wir das Erstgespräch optimal für Sie vorbereiten und die für Sie **bestmögliche Therapieform wählen**.

1. Wie lange haben Sie schon Kinderwunsch?

Seit Monaten/ Jahren

2. Haben Sie schon Kinder mit einer anderen Partnerin?

Nein

Ja Kinder im Alter von

Ja, nach einer Kinderwunschbehandlung

3. Erkrankungen / Störungen des Reproduktionssystems:

- a) Haben Sie sich sterilisieren lassen? Nein Ja, und zwar (Jahr)
- b) Wurde eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt? Nein Ja
- c) Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand? Nein Ja li re
- d) Hatten Sie eine Entzündung der Hoden? Nein Ja, und zwar (Jahr)
- e) Haben Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)? Nein Ja li re
- f) Hatten Sie einen Hodentumor? Nein Ja
- g) Leiden Sie an Erektionsstörungen? Nein Ja
- h) Haben oder hatten Sie einen Leistenbruch? Nein Ja li re
- i) Leiden oder litten Sie an urogenitalen Infektionen? Nein Ja

4. Wurde bei Ihnen ein genetischer Test auf Cystische Fibrose durchgeführt?

Nein

Ja Wann: positiv negativ

5. Leiden Sie an einer der folgenden Erkrankungen oder haben Sie daran gelitten?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Mumps | <input type="radio"/> Lebererkrankung |
| <input type="radio"/> Gerinnungsstörung | <input type="radio"/> Krebs/Tumore |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> Bluthochdruck |
| <input type="radio"/> Lungenerkrankungen | <input type="radio"/> Neurologische Erkrankung |
| <input type="radio"/> Nierenerkrankung | <input type="radio"/> Herzerkrankung |
| <input type="radio"/> Schilddrüsenfehlfunktion | <input type="radio"/> Magen – Darmerkrankungen |

6. Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen oder andere schwere Leiden?

- Nein
 Ja, und zwar:

7. Leiden Sie an einer Allergie?

- Nein
 Ja, und zwar:

8. Wie häufig haben Sie ungefähr Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner?

Mal pro Woche Mal pro Monat

9. Ihre Blutgruppe ist

- O A AB B
 positiv negativ

10. Wie groß und wie schwer sind Sie?

kg cm

11. Rauchen Sie oder haben Sie jemals geraucht?

- Nein Nicht mehr seit
 Ja Zigaretten täglich

12. Trinken Sie Alkohol?

- Nein Gelegentlich Ja, regelmäßig

13. Konsumieren Sie oder haben Sie je Drogen, Aufputsch- oder Dopingmittel konsumiert?

- Nein Gelegentlich Ja, regelmäßig

14. Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja was und wann?

15. Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, bitte Medikamente angeben:

Medikament	Dosierung	Seit wann?	Warum