

## Anamnese – Fragebogen für den Mann

Familienname:

Vorname:

Geburtsdatum:

Telefon:

Email:

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:**

Haben Sie sich sterilisieren lassen?             Nein                             Ja, und zwar            (Jahr)

Wurde eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt?             Nein             Ja

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?             Nein             Ja     li     re

Hatten Sie eine Entzündung der Hoden?             Nein             Ja, und zwar            (Jahr)

Haben Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?             Nein             Ja     li     re

Hatten Sie einen Hodentumor?             Nein             Ja

Leiden Sie an Erektionsstörungen?             Nein             Ja

Haben oder hatten Sie einen Leistenbruch?             Nein             Ja     links     re

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.

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

Mumps                             Lebererkrankung

Gerinnungsstörung             Krebs/Tumore

Diabetes                             Bluthochdruck

Lungenerkrankungen             Neurologische Erkrankung

Nierenerkrankung             Herzerkrankung

Schilddrüsenfehlfunktion     Magen - Darmerkrankungen

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

Nein

Ja, und zwar:

8. **Leiden Sie an einer Allergie?**

Nein

Ja, und zwar:

9. **Wie häufig haben Sie ungefähr Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner?**

Mal pro Woche

Mal pro Monat

10. **Ihre Blutgruppe ist**

O A AB B

positiv negativ

11. **Wie groß und wie schwer sind Sie?**

kg

cm

12. **Rauchen Sie oder haben Sie jemals geraucht?**

Nein

Nicht mehr seit

Ja

Zigaretten täglich

13. **Trinken Sie Alkohol?**

Nein

Gelegentlich

Ja, regelmäßig

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

Nein

Gelegentlich

Ja, regelmäßig

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

16. Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, machen Sie bitte folgende Angaben:

Medikament	Dosierung	Seit wann?	Warum