

Zentrum für Reproduktionsmedizin und Pränataldiagnostik Dr. med. R. Mai – Dr. med. L. Mulfinger – Dr. med. F. Jakob Andrologischer Anamnesebogen

Name _____ Vorname _____ geb. Datum _____

Verheiratet: ja nein seit: _____

Kinderwunsch besteht seit _____, d.h. seit: _____ Jahren

Beruf: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

Anamnese:

Wurde bei Ihnen bereits eine Spermaanalyse durchgeführt ja nein

Falls ja wann zuletzt und durch welchen Arzt _____

Ergebnisse: _____

Behandlung: _____

Haben Sie eigene Kinder ja nein

Anzahl der Kinder _____ im Jahr _____

Anzahl mit jetziger Partnerin _____ im Jahr _____

Rauchen Sie, wenn ja wie viel täglich _____

Alkoholkonsum: Nie Selten Gelegentlich Regelmäßig

Haben Sie Allergien, wenn ja welche _____

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein _____

Arbeiten Sie mit giftigen Substanzen _____

Wurde bei Ihnen ein HIV- und Hepatitis-Test (Leberentzündung) / Hepatitis Impfung durchgeführt? _____

Wenn ja, wo und wann zuletzt _____

Familienanamnese:

Traten in Ihrer Familie besondere Erkrankungen auf _____

Besteht zwischen Ihnen und Ihrem Partner ein Verwandtschaftsverhältnis _____

Wurde bei Ihnen eine Erbgutanalyse durchgeführt? Wenn ja, durch welchen Arzt und wo _____

Gibt es in Ihrer Familie vermehrt:
Fehlgeburten: ja nein
Behinderte Kinder (geistig/körperlich) ja nein
Früh verstorbene Kinder ja nein
Eiwillige Zwillinge ja nein

BITTE WENDEN

Frühere Erkrankungen / Operationen:

Hodenentzündung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Maldeszensus Hodenhochstand	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> rechts	<input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> beidseits
Varikozele (Krampfadern am Hoden)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Karzinom (Hodentumor)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Falls ja:	<input type="checkbox"/> Bestrahlung <input type="checkbox"/> Chemotherapie
Zustand nach Sterilisation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
CBAVD (angeborener Samenstrangverschluss)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Neurogene Faktoren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Psychogene Faktoren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Mumps	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges	_____			

Hatten Sie in den letzten Monaten eine fieberhafte Erkältung? _____

Hatten oder haben Sie :

Unbestimmte Beschwerden im Genitalbereich _____

Verletzungen im Genitalbereich: _____

Andere Operationen im Genitalbereich: _____

Allgemeinerkrankungen: _____

Infektionskrankheiten: _____

Fühlen Sie sich zur Zeit gesund? ja nein

Wenn nein, warum ? _____

Für Rückfragen benötigen wir Ihre Telefon-Nummern / Email - Adresse:

Geschäftlich: _____ / _____ Handy : _____ / _____

Email : _____

Bitte teilen Sie uns die genauen Adresse Ihres behandelnden Arztes mit !

Urologen:

_____	_____	_____	_____
Name	Straße	PLZ / Ort	Tel. / Fax.