



Kinderwunschpraxis Göttingen

Anamnesefragebogen - Mann

Name:..... Vorname:..... geb.:.....

wohnhaft in:.....

Handy:..... gesch.:.....

Sind Sie miteinander verheiratet? ☐ ja ☐ nein

Seit wann besteht Ihr Kinderwunsch?(Datum)

Hatten Sie bereits eine Schwangerschaft? ☐ nein

| Monat / Jahr | Geburt (G)? Fehlgeburt (F)? Abbruch (A)? | Mit jetzigem Partner? | Nach Kinderwunsch - Behandlung? |
|--------------|---|---|---|
| | OG OF OA | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja welche? |
| | OG OF OA | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja welche? |
| | OG OF OA | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja welche? |

Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos? ☐ nein ☐ ja

Wurden Sie bereits vom "Männerarzt" untersucht? ☐ nein ☐ ja (wann zuletzt?)
- welches Ergebnis? ☐ unauffällig ☐ auffällig

Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden? ☐ nein ☐ ja (wann zuletzt?)
- mit welchem Ergebnis? ☐ normal ☐ auffällig

Haben Sie Erektionsstörungen? ☐ nein ☐ ja

Hatten Sie eine Hodenverletzung, Hodenhochstand, Krampfadern am Hoden, Entzündung der Hoden
Hoden-Tumor? ☐ nein ☐ ja (wann?)
- falls ja, welche?

Hatten Sie als Kind einen ☐ nein ☐ ja: links ☐ ja: rechts

Haben Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen gelitten? ☐ nein ☐ ja
- falls ja, welche waren dies?

Gab es schon andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich? ☐ nein ☐ ja
- falls ja, welche?

Nehmen Sie Medikamente ein? ☐ nein ☐ ja (welche?)

Haben Sie Allergien? ☐ nein ☐ ja (welche?)

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Krebserkrankungen, andere schwere Leiden oder ungewollte Kinderlosigkeit?

☐ nein ☐ ja, mütterlicherseits (**welche?**)
☐ ja, väterlicherseits (**welche?**)

Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe? Gewicht (Kilo):..... Größe (cm):.....

Trinken Sie Alkohol? ☐ nie ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja, **wie viele Zigaretten pro Tag**

Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)? ☐ nein ☐ ja (**welche?**)(**wie oft?**)

Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel? ☐ nein ☐ ja

Wer ist Ihr behandelnder "Männerarzt"?

Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?

Waren Sie in den letzten 6 Monaten in einem Risikogebiet für eine der folgenden Erkrankungen? Cruzi, Malaria, HTLV, Zika? ☐ nein ☐ ja

Bemerkungen:.....

.....
.....
.....