



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?
- welches Ergebnis?** nein ja (wann zuletzt?)
 unauffällig auffällig

**Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermogramm) durchgeführt worden?
- mit welchem Ergebnis?** nein ja (wann zuletzt?)
 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?
- falls ja, welche waren dies?** nein ja

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

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 der letztem 6 Monaten im einem Risikogebiet für eine der folgenden Erkrankungen? Cruzi, Malaria , HTLV, Zika? nein ja

Bemerkungen:.....
.....
.....
