

Anamnesebogen Mann

Sehr geehrter Patient,
Ihnen liegt ein Fragebogen zur Männergesundheit bei Kinderwunsch vor.
Uns ist bewusst, dass einige Fragen sehr persönliche Themenbereiche erfassen. Wir möchten Sie dennoch bitten, den vorliegenden Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen, damit wir Sie im Rahmen der Kinderwunsch-Diagnostik umfassend untersuchen und beraten können.

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsname: _____ Geburtsort: _____
Geburtsdatum: _____ Alter (Jahre): _____
Straße: _____ PLZ/Ort: _____
Beruf: _____ Telefon: _____
E-Mail: _____
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg
Hausarzt: _____

Wer soll den Befundbericht erhalten: _____

Wie war Ihre Gewichtsentwicklung im letzten Jahr?

Zunahme Abnahme wenn ja, wie viel kg? _____ Konstant

Bestehen bei Ihnen folgende Beschwerden?

	leicht	mittel	stark
Schlaflosigkeit/nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Müdigkeit/Leistungsabfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress (allgemein)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress (am Arbeitsplatz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Partnerschaftskonflikte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit/Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seelische Erkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bestehen bei Ihnen gegenwärtig andere Beschwerden?

nein wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie gegenwärtig Medikamente ein?

nein wenn ja, welche? _____

Bestehen bei Ihnen Vor-und Begleiterkrankungen?

nein wenn ja, welche? _____

Sind bei Ihnen insbesondere folgende Erkrankungen bekannt? wenn ja, seit wann?

- Mumps _____
- Diabetes (Typ?) _____
- Schilddrüsenerkrankung _____
- Bluthochdruck _____
- Krebs/andere Tumore _____
- Epilepsie _____
- Geschlechtskrankheiten
(z.B. Syphilis, Gonorrhoe, HIV) _____

Bestehen bei Ihnen Allergien?

- nein wenn ja, welche? _____

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?

- nein wenn ja, wann? _____

- rechte Seite linke Seite

welche Therapie(Operation;Medikamente)? _____

Wurden Sie bereits von einem Andrologen (Männerarzt) oder Endokrinologen (Hormonspezialist) untersucht?

- nein wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis/Therapie? _____

Androloge (Name): _____

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Spermogramm angefertigt?

- nein wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis/Therapie? _____

Haben Sie sich sterilisieren lassen?

- nein wenn ja, wann? _____

Haben Sie sich refertilisieren lassen?

- nein wenn ja, wann? _____

Sind bei Ihnen Krankheiten des Hodens aufgetreten?

Hodentumor

- nein wenn ja, wann? _____

- rechte Seite linke Seite

welche Therapie? _____

Hodenverletzung

- nein wenn ja, wann? _____

- rechte Seite linke Seite

welche Therapie? _____

Entzündung Hoden-/Nebenhoden

nein wenn ja, wann? _____

rechte Seite linke Seite

welche Therapie? _____

Krampfader am Hoden (Varikozele)

nein wenn ja, seit wann? _____

welche Therapie? _____

Wurden schon einmal Gewebeproben (Biopsien/TESE) aus dem Hoden entnommen?

nein wenn ja, wann? _____

weshalb? _____

welche Therapie? _____

Wurden Sie sonst schon mal im Unterleibs- oder Genitalbereich operiert?

nein wenn ja, wann? _____

weshalb? _____

Haben Sie sich jemals einer Chemo- oder Bestrahlungstherapie unterzogen?

nein wenn ja, wann? _____

weshalb? _____

welche Therapie? _____

Bestrahlung im Leistenbereich/Genitalbereich?

nein ja

Wurde bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt?

nein wenn ja, wann? _____

welche Seite? rechts links

Wurde bei Ihnen bereits einmal die Prostata untersucht?

nein wenn ja, warum? _____

welches Ergebnis? _____

Treiben Sie Sport?

nie selten
 gelegentlich regelmäßig?

welche Sportarten? _____

Wie sind Ihre Ernährungsgewohnheiten?

ausgewogen vegetarisch
 einseitig Diäten

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich?

1-2 3-4 mehr als 4

Wie ist Ihr Alkoholkonsum?

- nie selten
 gelegentlich regelmäßig täglich

Rauchen Sie?

- nein wenn ja, wie viele Zigaretten/Packungen pro Tag _____

Konsumieren Sie Drogen oder Dopingmittel?

- nein wenn ja, welche? _____
wie häufig _____

Sind Sie im Alltag besonderen Belastungen ausgesetzt?

- Lärm Strahlung fehlendes Tageslicht
 Kälte Hitze schwere körperliche/seelische Belastungen
 Schichtarbeit Stäube Gifte/Chemikalien/Gase

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, gehäufte Hormon- oder Tumorerkrankungen oder ungewollte Kinderlosigkeit?

- nein wenn ja, väterlicherseits oder mütterlicherseits und welche? _____
- _____
- _____

Wurde bei Ihnen eine genetische Testung (insbes. auf cystische Fibrose/Mukoviszidose) durchgeführt?

- nein wenn ja, wann? _____

mit welchem Ergebnis?

- unauffällig auffällig (welches Ergebnis) _____
- _____

Wurde bei Ihnen eine Chromosomenanalyse durchgeführt?

- nein wenn ja, wann? _____

mit welchem Ergebnis?

- unauffällig auffällig (welches Ergebnis) _____
- _____

Angaben zur Partnerin:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter (Jahre): _____

Wer ist die/der behandelnde Gynäkologin/e Ihrer Frau? _____

Seit wann besteht Ihre Partnerschaft? seit _____

Sind Sie miteinander verheiratet?

- nein ja, seit wann _____

Seit wann besteht unerfüllter Kinderwunsch? seit _____

Wie häufig findet im allgemeinen Geschlechtsverkehr statt?

ca. _____ Mal pro Woche

ca. _____ Mal pro Monat

Bestehen Erektionsstörungen?

nein ja

Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

nein wenn ja, wann? _____

Mit jetziger Partnerin oder mit anderer Partnerin?

jetzige Partnerin andere Partnerin

Kam die Schwangerschaft durch eine Kinderwunschbehandlung zustande?

nein wenn ja, wann? _____

Waren Sie bereits in anderen Partnerschaften ungewollt kinderlos?

nein ja

Wie häufig haben Sie sexuelle Gedanken/Phantasien?

nie seltener als 2-3 x im Monat 2-3 x im Monat

wöchentlich mehrmals in der Woche

Wie häufig kommen bei Ihnen spontane morgendliche Erektionen vor?

nie seltener als 1 x im Monat etwa 1 x im Monat

2-3 x im Monat häufiger als 2-3 x im Monat

Wie oft müssen Sie sich rasieren?

_____ X am Tag

_____ X in der Woche

In welchem Alter sind Sie in die Pubertät gekommen?

_____ Jahre

Gab es bei Ihnen andere Auffälligkeiten in der Pubertätsentwicklung?

nein wenn ja, welche _____

Anmerkungen:

Datum/Unterschrift Patient