

Datum Erstgespräch: \_\_\_\_\_ Arzt: \_\_\_\_\_ Überweiser: \_\_\_\_\_

**Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an.  
Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.**

Name:	_____
Vorname:	_____
Adresse:	_____
Telefon:	_____
Beruf:	_____

**Haben Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen gelitten?**

nein  ja

- falls ja, welche waren dies?

**Hatten Sie eine Hodenverletzung?**

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

**Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?**

nein  ja: links  ja: rechts

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

keine  Hormongaben  Operation

**Hatten Sie eine Entzündung der Hoden?**

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

- falls ja, welche Therapie erfolgte?

**Hatten Sie einen Hoden-Tumor?**

nein  ja: links  ja: rechts

- wann? links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_

- welche Therapie erfolgte?

**Hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?**

nein  ja

- falls ja, sind Sie deshalb operiert worden?

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

**Wurden bereits Gewebeproben aus den Hoden entnommen?**

nein  ja, links  ja, rechts

- wann? links: \_\_\_\_\_ rechts: \_\_\_\_\_

- mit welchem Ergebnis?  unauffällig  auffällig

**Gab es schon andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?**

nein  ja (welche?) \_\_\_\_\_

Jahr

_____	_____
_____	_____
_____	_____

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Sind Sie miteinander verheiratet?  ja  nein

Seit wann besteht Ihre jetzige Ehe (Lebenspartnerschaft)? \_\_\_\_\_ (Datum)

**Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?**

ja, mit jetziger Partnerin Wann? \_\_\_\_\_

- nach Kinderwunschbehandlung?  nein  ja

ja, mit anderer Partnerin Wann? \_\_\_\_\_

- nach Kinderwunschbehandlung?  nein  ja

**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

**Wurden Ihnen vom Männerarzt bereits Medikamente verordnet?**

nein  ja (welche?) \_\_\_\_\_

**Haben Sie sich sterilisieren lassen?**

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

- falls ja: Wurden Sie später wieder refertilisiert?

nein  ja (wann?) \_\_\_\_\_

**Ist schon eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?**

nein  ja (wann zuletzt?) \_\_\_\_\_

- mit welchem Ergebnis?  normal  auffällig

Haben Sie Erektionsstörungen?  nein  ja

**Welche Medikamente nehmen Sie aktuell ein?**

.....  
 .....

**Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt worden?**

nein     ja, links     ja, rechts

**Wurde Ihre Prostata bereits untersucht?**

nein     ja (wann?) .....

- mit welchem Ergebnis?     normal     auffällig

**Wie ist Ihr Körpergewicht und Ihre Größe?**

Gewicht (Kilo): .....    Größe (cm): .....

**Haben Sie Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?**

nein     ja, mit Zunahme     ja, mit Abnahme

**Trinken Sie Alkohol?**

nie     selten     gelegentlich     regelmäßig

**Rauchen Sie?**

nein     1-5 Zig./Tag  
 6-10 Zig./Tag     11-15 Zig./Tag  
 16-20 Zig./Tag     mehr als 20 (Anzahl?) .....

**Konsumieren Sie weitere Genussmittel (Drogen)?**

nein     ja

- welche? .....

- wie oft? .....

**Benutzen Sie Aufputsch- oder Dopingmittel?**

nein     ja

**Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?**

nein     Schichtarbeit  
 Lärm     fehlendes Tageslicht  
 Hitze     Kälte  
 Stäube     schwere körperliche Belastung  
 Chemikalien     Gase/Aerosole

**Welche giftigen Stoffe sind dies ggf.?**

**Haben Sie Allergien?**

nein     ja (welche?)

**Haben Sie speziell eine Allergie gegen Penicillin?**

nein     ja

**Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien?**

.....

**Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen oder Beschwerden?     nein**  
**(seit) Jahr**

Mumps .....

Diabetes (Zucker) .....

- insulinpflichtig?     ja     nein

Bluthochdruck .....

Epilepsie .....

Krebs / andere Tumore .....

- welche? .....

Schilddrüsenerkrankung .....

**Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?**

nein     ja (welche?)

**Leiden Sie an weiteren Begleiterkrankungen und welche Medikamente nehmen Sie dagegen ein?**

nein     ja (welche?)    **Medikamente**

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

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

nein

ja, mütterlicherseits (welche?)

.....

.....

ja, väterlicherseits (welche?)

.....

**Wurde bei Ihnen bereits eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt ?**



nein     ja

- mit welchem Ergebnis?

unauffällig     auffällig

**Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?**

.....  
 .....

 Dr. med. Grita Hasselbach Hafenstr. 6 d 26789 Leer	Geltungsbereich Ärztliche Sprechstunde	 FB
	<b>Anamnesefragebogen Mann</b>	Seite 3 von 3

Wer ist Ihr behandelnder Männerarzt?

.....

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im außereuropäischen Ausland?

nein  ja Jahr

Wenn ja, wann und wo

.....

.....

Sind Sie in einem Gebiet geboren oder aufgewachsen, wo Malaria verbreitet ist oder hatten Sie zeitweise Ihren Lebensmittelpunkt in einem Malaria-Endemiegebiet?

nein  ja Jahr

Wenn ja, wann und wo

.....

.....

Hatten Sie in den letzten 12 Monaten engen Kontakt zu Personen mit Infektionskrankheiten (z.B. Hepatitis / Gelbsucht / Tuberkulose)?

nein  ja

Wenn ja, welche

.....

.....

Haben Sie jemals Bluttransfusionen oder Blutbestandteile (z.B. Humanalbumin, Plasma, Gerinnungspräparate, Immunglobuline, Seren tierischen Ursprungs) erhalten?

nein  ja Jahr

Wenn ja, wann und wo

.....

.....

Wurde bei Ihnen jemals eine Infektion mit Gelbsucht/Hepatitis (HBV, HCV) und/oder eine HIV-1 oder HIV-2 (Aids) und/oder HTLV-1 oder HTLV-2 festgestellt?

nein  ja  
 nein  ja (welche?)

.....

.....

Ich verpflichte mich hiermit, Veränderungen jeglicher Art, insbesondere Gewicht, Medikamente, Krankheiten etc., unverzüglich im Verlauf der gesamten Kinderwunschbehandlung den behandelnden Ärzten des Kinderwunschzentrums Ostfriesland mitzuteilen.

Leer, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 (Patient)

↓ Wird vom Arzt im Kinderwunschzentrum ausgefüllt ↓

**Infektionsserologie**

- Malaria
- Gelbfieber
- CMV
- Treponema pallidum
- Trypanosoma cruzi
- HTLV

Sonstiges:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_