

Anamnese bei Kinderwunsch - Mann

Name _____

Größe _____

Vorname _____

Gewicht _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Adresse: _____

Kinderwunsch-Klinik: _____

Seit wann besteht der Kinderwunsch? Bzw: seit wann haben Sie ungeschützten Verkehr im fruchtbaren Zeitraum?

Haben Sie Kinder aus früheren Beziehungen?

Rauchen Sie?

Falls ja: Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag? Seit wann?

Falls nein: Haben Sie jemals zuvor geraucht? Falls ja: Wie viele Zigaretten pro Tag? Wie viele Jahre?

Trinken Sie Alkohol?

Wenn ja: Was trinken Sie und wie häufig in der Woche?

Befolgen Sie eine bestimmte Diät?

Wenn ja: welche?

Aus welchem Grund?

Seit wann?

Leben Sie vegan oder vegetarisch?

Allgemeine Gesundheit

Leiden Sie unter Allergien?

Wenn ja: welche?

Hatten Sie in der Vergangenheit Ops?

Wenn ja: welche und wann?

Nehmen Sie dauerhaft Medikamente?

Wenn ja: welche?

Bitte geben Sie an, welche Medikamente Sie in den vergangenen 2 Jahren phasenweise genommen haben (ausgenommen Medikamente für die Fruchtbarkeit):

Hatten Sie in der Vergangenheit ernste Erkrankungen?

Wenn ja: welche?

Wissen Sie, ob es in Ihrer Familie Erbkrankheiten gibt?

Haben Sie folgende **Erkrankungen/Eingriffe** aktuell oder in der Vergangenheit durchlebt (bitte ankreuzen)

- HIV
- Hepatitis B/C
- Bluthochdruck
- Herpes
- Schilddrüsen-Erkrankungen
- Blasenentzündungen
- Hodenhochstand
- Leistenbruch
- Prostata-Probleme
- OP an den Hoden
- Hodenkrebs
- Varikozele
- Mumps
- sexuell übertragbare Erkrankungen
- Vasektomie (Sterilisation)
- rückgängig gemachte Vasektomie
- Strahlentherapie/Chemotherapie

Leiden Sie unter erektiler Dysfunktion?

Wie ist aktuell Ihre Libido: stark – mittel – schwach (bitte ankreuzen)

Ist bei Ihnen schon ein Hormontest gemacht worden?

Wenn ja: Gab es Auffälligkeiten?

Spermiogramm (bitte wählen Sie das aktuellste)

Datum des Spermiogramms:

Volumen (ml):

Konzentration:

progressive Motilität (Beweglichkeit):

A+ B

Morphologie (normal geformte Spermien)