

Anamnesebogen Mann ♂

Bitte füllen Sie die Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an. Unklare Fragen markieren Sie bitte mit einem Fragezeichen. Bitte bringen Sie den Bogen zum ersten Beratungsgespräch mit.

Name: _____		Patienten.-ID: _____	
Vorname: _____			
Geb.-Datum: _____		Beruf: _____	
Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg	Hatten Sie Operationen in der Vergangenheit?	
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ Zig./Tag		<input type="checkbox"/> nein	
		<input type="checkbox"/> ja, (welche?/wann?)	
Trinken Sie Alkohol?			
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig			
Haben Sie eine Allergie gegen Medikamente/Antibiotika (Penicillin)?		Wurde Ihre Schilddrüse bereits untersucht?	
<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein	
<input type="checkbox"/> ja, (welche?)		<input type="checkbox"/> ja, (-mit welchem Ergebnis?)	
Haben Sie sonstige andere Allergien?			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja, (welche?)			
Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen?			
<input type="checkbox"/> nein Seit wann, welche?			
Diabetes (Zuckerkrankheit):	<input type="checkbox"/> ja	_____	
Bluthochdruck:	<input type="checkbox"/> ja		
Thrombosen/Embolien:	<input type="checkbox"/> ja		
Epilepsie:	<input type="checkbox"/> ja		
Nervenerkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja		
Herz-Kreislaferkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja		
Hepatitis B und C:	<input type="checkbox"/> ja		
Herz-Kreislaferkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja		
HIV:	<input type="checkbox"/> ja		
Mumps (Ziegenpeter):	<input type="checkbox"/> ja		
Sonstige Erkrankungen:	<input type="checkbox"/> ja		
Gibt es in Ihrer Familie besondere Erkrankungen, z. B. Krebserkrankungen, geistig oder körperlich behinderte Kinder, Krebs, Bluthochdruck, Thrombosen, Zucker, genetische Erkrankungen?			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja, mütterlicherseits (welche?)			
<input type="checkbox"/> ja, väterlicherseits (welche?)			
Wurde bei Ihnen schon einmal eine genetische Blutuntersuchung durchgeführt?			
<input type="checkbox"/> nein			
<input type="checkbox"/> ja, (welche?)			

Haben sie bereits Kinder aus einer anderen Partnerschaft?

- nein
 ja, (wie viele?)

Hatten Sie eine Hodenverletzung in der Vergangenheit?

- nein
 ja, links ja, rechts
-wann und welche Therapie erfolgte?

Wurden sie bereits von einem Urologen (Männerarzt) untersucht?

- nein
 ja, (wann?)

-welches Ergebnis?

Hatten Sie schon einmal einen Hodentumor?

- nein
 ja

-wann und welche Therapie erfolgte?

Hatten Sie schon einmal eine Entzündung der Hoden?

- nein
 ja

-wann und welche Therapie erfolgte?

Sind bei Ihnen Varikozelen (Krampfadern) am Hoden bekannt?

- nein
 ja

- erfolgte eine Therapie?

Wurde bereits eine Spermienuntersuchung durchgeführt?

- nein
 ja, (wann?)

-welches Ergebnis?

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?

- nein
 ja, links ja, rechts

-welche Therapie erfolgte?

Haben Sie Erektionsstörungen oder gibt es andere Probleme beim Geschlechtsverkehr?

- nein
 ja

Wie häufig haben sie Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner (durchschnittlich im letzten halben Jahr)?

- >2x/Woche
 1x/Woche
 1-2x/Monat
 seltener

Bitte den Bogen hier noch unterschreiben:

Datum, Unterschrift