

Pat ID: _____

Anamnese Patient (Mann)

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Telefon _____

Mobil _____

Email _____

Versicherung _____

Beruf _____

Urologe _____

Hausarzt _____

Sind Sie miteinander verheiratet? ja nein

Haben Sie bereits Schwangerschaften erzielt: ja nein

1 von 2

Jahr	Aktuelle Partnerin?	Kinderwunschbehandlung?

Gab es in einer vorherigen Partnerschaft einen unerfüllten Kinderwunsch? ja nein

Wurde bereits ein Spermogramm durchgeführt? nein ja **(bitte Befund beifügen)**

Haben Sie sich sterilisieren lassen? nein ja, wann? _____

Hat eine Refertilisierung stattgefunden? nein ja, wann? _____

Gab es in der Vergangenheit Hodenverletzungen,
 Entzündungen oder Krampfadern? nein ja, wann? Was genau? Therapie?

Hodentumor? nein ja , wann? _____

>>Erfolgte Therapie ? _____

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand? nein ja : links rechts beidseits

>>Erfolgte Therapie ? Hormongabe Operation keine

Gab es im Kindesalter eine Mumpserkrankung? nein ja

Bekannte Erkrankungen: _____

Operationen im Genital-/Unterleibsbereich? _____

Nehmen Sie aktuell Medikamente ein? nein ja, welche? _____

Medikamenten-Allergie z.B. Penicillin: nein ja, welche? _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Rauchen Sie? nein ja _____ Zigaretten/Tag

Konsumieren Sie andere Suchtmittel? z. B THC o. ä. nein ja, welche? _____

Waren Sie jemals an sexuell übertragbaren Krankheiten erkrankt oder bestand der Verdacht (z.B. Chlamydieninfektion, Gonorrhoe, Genitalwarzen, Syphilis , HIV, HEP C usw.)?

nein ja, welche? _____

Wurden bereits genetische Untersuchungen durchgeführt? Z.B. Chromosomenanalyse

nein ja (*bitte Befund beifügen*)

Sonstige Informationen/Anmerkung: _____

Pat ID: _____

Datum: _____