

Universitätsfrauenklinik - Abteilung für Reproduktionsmedizin und Gynäkologische Endokrinologie
Gerhart-Hauptmann-Str. 35 • 39108 Magdeburg
Direktor: Prof. Dr. med. Atanas Ignatov

Anamneseblatt -Mann-

Handy-/Telefonnummer: _____

Alter: _____ J, Größe: _____ m, Gewicht: _____ kg E-Mail: _____

Beruf: _____ Urologe*in: _____ Hausarzt*in: _____

Ich bin ledig verheiratet in einer Partnerschaft

<p>EIGENE ERKRANKUNGEN:</p> <p><input type="checkbox"/> Allergien: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Bluthochdruck (seit wann?): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Blutgerinnungserkrankung: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Krebs/andere Tumoren: _____</p> <p><input type="checkbox"/> psychische Erkrankungen: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Hodenhochstand: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mumps/Ziegenpeter: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Krampfadern am Hoden: _____</p> <p><input type="checkbox"/> andere Erkrankungen: _____</p>	<p>FAMILIENKRANKENGESCHICHTE:</p> <p>Thrombose <input type="checkbox"/> ja, wer: _____</p> <p>Blutgerinnungserkrankung <input type="checkbox"/> ja, welche: _____ wer: _____</p> <p>Krebs <input type="checkbox"/> ja, welchen: _____ wer: _____</p> <p>Diabetes <input type="checkbox"/> ja, wer: _____</p> <p>Herzinfarkt <input type="checkbox"/> ja, wer: _____</p> <p>Schlaganfall <input type="checkbox"/> ja, wer: _____</p> <p>Rauchen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: Zig. pro Tag: _____</p> <p>Alkohol: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig</p> <p>Drogen: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: welche: _____</p>																								
<p>Operationen:</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:20%;">Jahr</th> <th style="width:40%;">Klinik</th> <th style="width:40%;">OP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Jahr	Klinik	OP	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	<p>MEDIKAMENTE:</p> <table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width:50%;">Name</th> <th style="width:20%;">Dosis</th> <th style="width:30%;">Indikation</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> <tr><td>_____</td><td>_____</td><td>_____</td></tr> </tbody> </table>	Name	Dosis	Indikation	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Jahr	Klinik	OP																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
Name	Dosis	Indikation																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							
_____	_____	_____																							

HABEN SIE SCHON MAL EIN KIND GEZEUGT?
 nein ja: mit dieser Partnerin / mit anderer Partnerin Alter des/der Kinder/-er: _____

SEXUAL-ANAMNESE: Haben Sie sexuelle Kontakte: Nein Ja

Wie häufig haben sie Geschlechtsverkehr? ca. _____ x pro Woche oder ca. _____ x im Monat

Bestehen Probleme beim Geschlechtsverkehr? Nein Ja falls ja, welche?: _____

Erektionsstörungen Ejakulationsstörungen Orgasmusstörungen Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

Libidoverlust Anderes: _____

Nehmen Sie Testosteron-Präparate oder Anabolika ein? Nein Ja: welche? _____

BEI KINDERWUNSCH: Ich habe/ wir haben Kinderwunsch seit: _____ Jahren / Monaten.

Vorherige Kinderwunsch-Behandlung:

Jahr	Praxis/Klinik	Diagnose	Methode
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> VZO <input type="checkbox"/> IUI <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Kryo-Transfer
_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> VZO <input type="checkbox"/> IUI <input type="checkbox"/> IVF <input type="checkbox"/> ICSI <input type="checkbox"/> Kryo-Transfer

Vorbefunde / SpermioGrammbefund:

Magdeburg, den _____ Unterschrift: _____