

ANAMNESE-FRAGEBOGEN FÜR DEN MANN



KINDERWUNSCHZENTRUM
GOLDENES KREUZ

Vorname:

Familienname:

Geburtsdatum:

Bitte nehmen Sie sich 10 Minuten Zeit und füllen Sie diesen für Ihre Kinderwunsch-Behandlung sehr wichtigen Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir Sie bestmöglich betreuen und die optimale Therapieform für Sie wählen!

1. Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?

- Nein Nein, auch mit einer früheren Partnerin war ich ungewollt kinderlos.
- Ja, mit meiner jetzigen Partnerin. Wann?
Nach einer Kinderwunschbehandlung? Ja Nein
- Ja, mit einer früheren Partnerin. Wann?
Nach einer Kinderwunschbehandlung? Ja Nein

2. Erkrankungen / Störungen des Reproduktionssystems:

Frage	Nein	Ja	Details	
Haben Sie sich sterilisieren lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?	(Jahr)
Wenn „Ja“, haben Sie es später rückgängig machen lassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?	(Jahr)
Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Rechts
Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Links	<input type="checkbox"/> Rechts
Hatten Sie eine Entzündung der Hoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?	(Jahr)
Hatten Sie eine Hodenverletzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wann?	(Jahr)
Hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> noch nicht operiert wurde operiert (Jahr)	
Hatten Sie einen Hoden-Tumor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> noch nicht operiert wurde operiert (Jahr) <input type="checkbox"/> Links <input type="checkbox"/> Rechts	
Leiden Sie an Erektionsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

* Anmerkungen/Details:

3. Relevante Untersuchungen:

Frage	Nein	Ja	Details (falls bekannt)	
Wurde eine Samenuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zuletzt:	(Monat/Jahr)
Wurden Sie bereits vom Urologen untersucht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	zuletzt:	(Monat/Jahr)
Wurde dabei eine Prostatauntersuchung gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> war	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> nicht OK

ANAMNESE-FRAGEBOGEN FÜR DEN MANN



KINDERWUNSCHZENTRUM
GOLDENES KREUZ

Frage	Nein	Ja	Details (falls bekannt)	
Wurde bei Ihnen eine Chromosomenuntersuchung durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> war	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> nicht OK
Wurde ein genetischer Test auf Cystische Fibrose durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> war	<input type="checkbox"/> Negativ	<input type="checkbox"/> Positiv
Wurden bereits Gewebeproben aus den Hoden entnommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Links Wann?	<input type="checkbox"/> Rechts (Jahr)

Wichtig: Falls Ergebnisse vorhanden sind, dann senden Sie uns bitte die Befunde mit!

4. Leiden Sie an folgenden Erkrankungen oder haben Sie daran gelitten?

Erkrankung	Nein	Ja	Details (falls bekannt)	Seit?	Therapie siehe 6
Medikamentenallergie (z.B. Penicillin, Aspirin, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	gegen:		<input type="checkbox"/> Ja
Infektionserkrankungen (z.B. HIV, Syphilis, Hepatitis, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Welche?: Wann / wie lange?:		<input type="checkbox"/> Ja
Krebs / andere Tumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich habe:		<input type="checkbox"/> Ja
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mit Hodenbeteiligung? <input type="checkbox"/> Ja		
Zuckerkrankheit (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	seit Behandlung mit: Tabletten <input type="checkbox"/> / Spritzen (Insulin) <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ja
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	>160 <input type="checkbox"/> bis 160 <input type="checkbox"/> bis 140 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Ja
Lungenerkrankung (Asthma, Bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich leide an:		<input type="checkbox"/> Ja
Neurologische Erkrankung (z.B. Epilepsie, Depression, Trauma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich leide an:		<input type="checkbox"/> Ja
Nierenerkrankung (z.B. Nierenschwäche, Zysten, Entzündung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich leide an:		<input type="checkbox"/> Ja
Herzkrankung (z.B. Herzinfarkt, Klappenfehler, Rhythmusstörungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich leide an:		<input type="checkbox"/> Ja
Lebererkrankung (z.B. Hepatitis, Fettleber, Leberzirrhose, Zysten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich leide an:		<input type="checkbox"/> Ja
Magen - Darm (z.B. Entzündungen, Magengeschwür, Immunerkrankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich leide an:		<input type="checkbox"/> Ja
Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ich leide an:		<input type="checkbox"/> Ja

* Anmerkungen/Details:

ANAMNESE-FRAGEBOGEN FÜR DEN MANN



KINDERWUNSCHZENTRUM
GOLDENES KREUZ

5. Haben Sie folgende Beschwerden?

Symptom	Nein	Ja	Wie häufig?	Stress- bedingt?	Aktuell Seit?	Therapie siehe 6
Schlaflosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal/Woche	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja
Starke Müdigkeit und Leistungsabfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal/Woche	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja
Migräne/ sehr starke Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal/Woche	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja
Angstzustände / Depressionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal/Woche	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja
Starke Reizbarkeit / Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mal/Woche	<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Ja
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/> Ja
Akne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	am Gesicht <input type="checkbox"/> u/o am Körper <input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Ja
Schmerzen beim Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> Blut im Urin			<input type="checkbox"/> Ja

6. Wenn Sie regelmäßig Medikamente einnehmen, machen Sie bitte folgende Angaben:

Name des Medikamentes	Dosierung	Seit wann?	Warum?

7. Hatten Sie bereits andere Operationen im Unterleibs- oder Genitalbereich?

Nein Ja (Wenn Ja, geben Sie bitte die folgende Information unten an:)

Jahr	Blinddarmoperation - Appendektomie (A) Bauchspiegelung - Laparoskopie (L) Bauchschnitt - Laparotomie (T)	Warum und wo (Krankenhaus) wurde die Operation durchgeführt?
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> T	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> T	
	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> T	
	Andere Operationen, auch außerhalb des Bauches:	

* Anmerkungen/Details:

ANAMNESE-FRAGEBOGEN FÜR DEN MANN



KINDERWUNSCHZENTRUM
GOLDENES KREUZ

8. Wie häufig haben Sie ungefähr Geschlechtsverkehr mit Ihrer Partnerin?

Mal pro Woche oder Mal pro Monat

9. Kommen folgende Leiden in Ihrer Familie vor?

- Erbkrankheiten* Krebserkrankungen (>2mal)*
 Ungewollte Kinderlosigkeit* Andere schwere Leiden*

* Bitte geben Sie das / die Leiden an und wer betroffen ist:

10. Welchen Beruf üben Sie derzeit aus?

Ich arbeite als:

Sind Sie dabei besonderen körperlichen Belastungen / giftigen Stoffe ausgesetzt?

- Nein Ja, und zwar:

Lifestyle - Anamnese:

1. Wie schwer und wie groß sind Sie derzeit? kg cm

Haben Sie in den letzten 12 Monaten stark (mehr als 5kg) zu- oder abgenommen?

- Nein Ja: kg zugenommen kg abgenommen

2. Nehmen Sie bereits Folsäure / Multivitaminpräparate ein? Wenn ja, welche?

- Täglich Gelegentlich Niemals

Wie viel Kaffee / Energydrinks / Cola trinken Sie?

- Täglich: 1 Tasse/Glas 2-3 Tassen/Gläser mehr als 3 Tassen/Gläser
 Gelegentlich (2-3x / Woche) Niemals

Wie ernähren Sie sich? (mehrfaches Ankreuzen möglich)

- Frisches Obst & Gemüse täglich selten
Fisch 2-3x / Woche 1x / Woche selten
Fleisch täglich 2-3x / Woche 1x / Woche selten
Pizza, Snacks, Chips: täglich 2-3x / Woche selten
Milchprodukte vollfett (3,5%) fettreduziert
 täglich 2-3x / Woche selten
Alternative Ernährungsform Vegetarier Veganer

Haben Sie Unverträglichkeiten?

- Gluten Laktose Soja Histamin Eiweiß Sonstige:

ANAMNESE-FRAGEBOGEN FÜR DEN MANN

3. Rauchen Sie oder haben Sie jemals geraucht?

- Nie geraucht Ich rauche nicht mehr seit Monaten oder Jahren
 Ja, pro Tag Zigaretten

4. Trinken Sie Alkohol?

- Nie 1-2 alk. Getränke / Woche
 3-4 alk. Getränke / Woche > 4 alk. Getränke / Woche

5. Konsumieren Sie oder haben Sie je Drogen, Aufputsch- oder Dopingmittel konsumiert?

- Nein Ja, früher Ja, derzeit Welche?

6. Welche der folgenden Sportarten betreiben Sie:

Sportart	Wie oft / Woche?	Intensität (1-gemütlich bis 4-sehr anstrengend)
Laufen	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> täglich	
Aerobic (Zumba, Pilates, ...)	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> täglich	
Radfahren	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> täglich	
Schwimmen	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> täglich	
Fitnesscenter (Krafttraining)	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> täglich	
Sonstige:	<input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2-3x <input type="checkbox"/> täglich	

7. Sind Sie mit Ihrer Arbeitssituation zufrieden?

- Ja teilweise Nein

Tauschen Sie sich mit Ihrer Partnerin über den unerfüllten Kinderwunsch aus?

- Ja, regelmäßig selten Nie

Haben Sie den Eindruck, dass Sie Ihr Kinderwunsch rund um die Uhr beschäftigt?

- Ja teilweise Nein

Wie würden Sie Ihr persönliches Stresslevel definieren?

- kein Stress gesunder, positiver Stress chronischer, belastender Stress