



**Kinderwunschzentrum Bad-Cannstatt**

**Praxis M. Woriedh**  
Frauenheilkunde und Geburtshilfe  
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

## Anamnesebogen Mann

Sehr geehrte Patient,

herzlich Willkommen in meiner Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient .....  
Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift .....  
Straße PLZ Wohnort

Telefon .....  
privat Mobil E-Mail

Beruf .....

Größe: ..... Gewicht: .....

Familienstand: .....

Name von Partnerin: .....

Hausarzt: ..... Urologie: .....

**Haben Sie bereits Kinder?**  nein  ja Wenn ja, von der gleichen Partnerin?  nein  ja

**Rauchen Sie?**  nein  ja Wenn ja, wie viel am Tag? \_\_\_\_\_

**Wurde bei ihnen bereits eine Untersuchung des Samens (Spermiogramm) durchgeführt?**

- nein  ja Wenn ja, mit welchem Ergebnis?  normaler Befund  auffälliger Befund

**Leiden Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen?**

- nein  ja Wenn ja, an welchen? \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie Medikamenten ein?**

**Sonstige Erkrankungen oder Operationen?**

- nein  ja Wenn ja, mit welchen? ...\_\_\_\_\_

**Hatten Sie eine Hodenverletzung?**

- nein  ja Wenn ja, mit wann? ..\_\_\_\_\_

**Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?**

- nein  ja Wenn ja, welche Therapie wurde durchgeführt?  keine
  - Hormontherapie
  - Operation

**Hatten Sie eine Entzündung am Hoden?**

- nein  ja Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

**Haben oder hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?**

- nein  ja Wenn ja, sind Sie operiert worden?  nein
  - ja, Wann? \_\_\_\_\_

**Sind Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt?**

(bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)

- Frühgeburten
- Totgeburten
- Kinder früh verstorben
- körperliche und geistige Behinderungen
- cystische Fibrose
- sonstige Auffälligkeiten? \_\_\_\_\_

**Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?**

- nein  ja Wenn ja, bei wem und was? \_\_\_\_\_

**Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?**

- nein  ja Wenn ja, was wurde bereits durchgeführt? \_\_\_\_\_

..... Datum

Unterschrift (Mann)