CERF
Frauenärztinnen

Anamnesebogen Mann ♂

Centrum für gynäkologische
Endokrinologie und
Reproduktionsmedizin
Freiburg

PD Dr. Birgit Wetzka · Dr. Veronika Wolk · Dr. Aida Hanjalic-Beck
Dr. Stephanie Friebel · Dr. Stefanie Meyer

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an.

Datum Erstgespräch:	
Arzt:	

Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	
Straße:	
PLZ, Wohnort:	
Telefon:	
Mobil:	
E-Mail:	
Krankenkasse:	
Name Partnerin:	
Familienstand:	
Hausarzt/ärztin: Adresse:	
Urologe/Urologin: Adresse:	
Größe:	
Gewicht:	

1. **Seit wann wünschen Sie sich ein Kind?**
   Monat/Jahr:

2. **Haben Sie bereits ein Kind/Kinder?**
   - ☐ nein
   - ☐ ja, mit jetziger Partnerin
     wann geboren (Jahr)
   - ☐ ja, mit anderer Partnerin
     wann geboren (Jahr)

3. **Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt, die zu einer Fehlgeburt/Abbruch (in dieser/anderer Partnerschaft) führte?**
   - ☐ nein
   - ☐ ja

4. **Wurde bereits eine urologische Untersuchung durchgeführt?**
   - ☐ nein
   - ☐ ja, wann? (Monat / Jahr)

   welches Ergebis?

5. **Ist eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?**
   - ☐ nein
   - ☐ ja, wann? (Monat / Jahr)

   welches Ergebis?

   - ☐ normal
   - ☐ auffällig

6. **Hatten Sie eine Sterilisation?**
   - ☐ nein
   - ☐ ja

7. **Haben Sie Erkrankungen?**
   (z.B. Herzerkrankungen, Bluthochdruck, Lungenerkrankungen, Asthma, Epilepsie, psychische Erkrankungen, Tumor, Diabetes mellitus, Mumps)
   - ☐ nein
   - ☐ ja, welche?

8. **Nehmen Sie Medikamente ein?**
   - ☐ nein
   - ☐ ja, welche?

9. **Gibt es in Ihrer Familie Erkrankungen?**
   - ☐ nein
   - ☐ ja, welche?

10. Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?

- ☐ nein
- ☐ ja

11. Hatten Sie eine Hodenerkrankung?
(z.B. Hodenentzündung?)

- ☐ nein
- ☐ ja, welche?

12. Hatten Sie eine:

Hodenverletzung	☐ nein	☐ ja
Hodentumor	☐ nein	☐ ja
Krampfadern	☐ nein	☐ ja

13. Hatten Sie eine Operation?

- ☐ nein
- ☐ ja, welche?

14. Haben Sie Allergien?

- ☐ nein
- ☐ ja, welche?

15. Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?

- ☐ nein
- ☐ ja

**16. Haben Sie Funktionsstörungen,
z. B. Erektionsstörungen?**

- ☐ nein
- ☐ ja

17. Rauchen Sie?

- ☐ nein
- ☐ ja, wieviele Zigaretten?

18. Was machen Sie beruflich?

19. Möchten Sie uns noch etwas mitteilen?

Bitte schicken Sie uns diesen Anamnesebogen ausgefüllt über unsere Homepage (Service > Übermittlung von Unterlagen) oder per Post zu:

**CERF
Bismarckallee 7 f
79098 Freiburg**

www.cerf-freiburg.de