

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 Ergebnis?

5. Ist eine Spermienuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt worden?

nein

ja, wann? (Monat / Jahr)

welches Ergebnis?

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

