

FB - Anamnesebogen Mann

Angaben zur Person

Name, Vorname:	
Name, Vorname Partnerin:	
Sind Sie miteinander verheiratet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> eingetragene Lebenspartnerschaft <input type="checkbox"/> nein, ich befinde mich im Scheidungsprozess
Adresse: (ggf. Rechnungsadresse zusätzlich angeben)	
Festnetz/Mobil:	
E-Mail-Adresse:	
Krankenkasse:	
Beruf:	
Wer ist Ihr behandelnder Hausarzt?	
Wer ist Ihr behandelnder Urologe?	

Kurzanamnese

Körpergröße und Gewicht:	Größe (cm) Gewicht (kg)
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____ Zigaretten am Tag <input type="checkbox"/> Nichtraucher seit:
Trinken Sie Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> ja, welche: <input type="checkbox"/> nein
Liegen bei Ihnen Vorerkrankungen oder Erkrankungen vor?	<input type="checkbox"/> ja, welche und seit wann : <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> ja, welche und seit wann : <input type="checkbox"/> nein
Wurde bei Ihnen eine Chromosomenanalyse durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Befund beifügen) <input type="checkbox"/> nein
Wurde bei Ihnen ein genetischer Test auf zystische Fibrose (CFTR) oder den sog. Azoospermiefaktor (AZF) durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: (bitte Befund beifügen) <input type="checkbox"/> Befund unauffällig <input type="checkbox"/> Befund auffällig

Urologische Kurzanamnese

Haben Sie bereits eigene Kinder?	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, mit jetziger Partnerin	geb. am:	Anzahl:
	<input type="checkbox"/> ja, mit anderer Partnerin	geb. am:	Anzahl:
Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja, mit jetziger Partnerin	Wann:	Anzahl:
	<input type="checkbox"/> ja, mit anderer Partnerin	Wann:	Anzahl:
Wurde bei Ihnen ein Spermogramm durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: (bitte Befund beifügen) <input type="checkbox"/> Befund unauffällig <input type="checkbox"/> Befund auffällig		
Gab es schon Operationen im Unterleibs- und/oder Genitalbereich (auch z.B. eine Sterilisation = Vasektomie)?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, folgende: (bitte Befund beifügen)		
Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?	<input type="checkbox"/> ja, linker Hoden <input type="checkbox"/> ja, rechter Hoden <input type="checkbox"/> nein		
Hatten/Haben Sie eine Hodenentzündung?	<input type="checkbox"/> ja, linker Hoden <input type="checkbox"/> ja, rechter Hoden <input type="checkbox"/> nein		
Hatten/Haben Sie eine Hodenverletzung?	<input type="checkbox"/> ja, linker Hoden <input type="checkbox"/> ja, rechter Hoden <input type="checkbox"/> nein		
Hatten/Haben Sie einen Hodentumor?	<input type="checkbox"/> ja, linker Hoden <input type="checkbox"/> ja, rechter Hoden <input type="checkbox"/> nein		
Hatten/Haben Sie Varikozelen (Krampfadern am Hoden)?	<input type="checkbox"/> ja, linker Hoden <input type="checkbox"/> ja, rechter Hoden <input type="checkbox"/> nein		
Wurde Ihre Prostata bereits untersucht?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Befund beifügen) <input type="checkbox"/> nein		
Ist bei Ihnen eine Fehlbildung der Samenleiter festgestellt worden?	<input type="checkbox"/> ja, links <input type="checkbox"/> ja, rechts <input type="checkbox"/> nein		
Haben Sie eine Erektionsstörung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Ort, Datum		Unterschrift Patient	