

Anamnesebogen Mann ♂

Bitte füllen Sie die Felder aus bzw. kreuzen Sie die zutreffenden Felder an. Unklare Fragen markieren Sie bitte mit einem Fragezeichen. Bitte bringen Sie den Bogen zum ersten Beratungsgespräch mit.

Name: _____ Patienten.-ID: _____	
Vorname: _____	
Geb.-Datum: _____	Beruf: _____
Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg	Hatten Sie Operationen in der Vergangenheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (welche?/wann?)
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ Zig./Tag	
Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig	
Haben Sie eine Allergie gegen Medikamente/Antibiotika (Penicillin)? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (welche?)	Wurde Ihre Schilddrüse bereits untersucht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (-mit welchem Ergebnis?)
Haben Sie sonstige andere Allergien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (welche?)	Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (welche?)
Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein Seit wann, welche?	
Diabetes (Zuckerkrankheit): <input type="checkbox"/> ja _____	Gibt es in Ihrer Familie besondere Erkrankungen, z. B. Krebserkrankungen, geistig oder körperlich behinderte Kinder, Krebs, Bluthochdruck, Thrombosen, Zucker, genetische Erkrankungen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, mütterlicherseits (welche?) <input type="checkbox"/> ja, väterlicherseits (welche?)
Bluthochdruck: <input type="checkbox"/> ja	
Thrombosen/Embolien: <input type="checkbox"/> ja	
Epilepsie: <input type="checkbox"/> ja	
Nervenerkrankungen: <input type="checkbox"/> ja	
Herz-Kreislaufferkrankungen: <input type="checkbox"/> ja	
Hepatitis B und C: <input type="checkbox"/> ja	
Herz-Kreislaufferkrankungen: <input type="checkbox"/> ja	
HIV: <input type="checkbox"/> ja	
Mumps (Ziegenpeter): <input type="checkbox"/> ja	
Sonstige Erkrankungen: <input type="checkbox"/> ja	
Wurde bei Ihnen schon einmal eine genetische Blutuntersuchung durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (welche?)	

<p>Haben sie bereits Kinder aus einer anderen Partnerschaft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (wie viele?)</p>	<p>Hatten Sie eine Hodenverletzung in der Vergangenheit? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, links <input type="checkbox"/> ja, rechts -wann und welche Therapie erfolgte?</p>
<p>Wurden sie bereits von einem Urologen (Männerarzt) untersucht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (wann?) -welches Ergebnis?</p>	<p>Hatten Sie schon einmal einen Hodentumor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -wann und welche Therapie erfolgte?</p>
<p>Hatten Sie schon einmal eine Entzündung der Hoden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -wann und welche Therapie erfolgte?</p>	<p>Sind bei Ihnen Varikozelen (Krampfadern) am Hoden bekannt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja - erfolgte eine Therapie?</p>
<p>Wurde bereits eine Spermienuntersuchung durchgeführt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (wann?) -welches Ergebnis?</p>	<p>Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, links <input type="checkbox"/> ja, rechts -welche Therapie erfolgte?</p>
<p>Haben Sie Erektionsstörungen oder gibt es andere Probleme beim Geschlechtsverkehr? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p>	<p>Wie häufig haben sie Geschlechtsverkehr mit Ihrem Partner (durchschnittlich im letzten halben Jahr)?</p> <p><input type="checkbox"/> >2x/Woche <input type="checkbox"/> 1x/Woche <input type="checkbox"/> 1-2x/Monat <input type="checkbox"/> seltener</p>
<p>Bitte den Bogen hier noch unterschreiben:</p>	
<p>Datum, Unterschrift</p>	