



Anamnesefragebogen bei unerfülltem Kinderwunsch / Mann

Sehr geehrte Patienten, ich freue mich, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihnen eine gute Beratung und Behandlung zu bieten, bin ich auf Ihre Mithilfe und Auskünfte angewiesen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, soweit es Ihnen möglich ist. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an ein Mitglied unseres Teams oder an mich persönlich.

Vielen Dank! Dr. med. Christiane Peters

Name, Vorname _____

Adresse _____

Tel. / Mobil _____ E-Mail _____

Geburtsdatum _____

Körpergröße _____ Gewicht _____ BMI _____

Familienstand verheiratet feste Partnerschaft alleinstehend

Name, Vorname des Ehemannes / des Partners: _____

• **Seit wann besteht bei Ihnen Kinderwunsch?** _____ (Monat, Jahr)

• **Wie stark fühlen Sie sich durch den unerfüllten Kinderwunsch oder durch die durchgeführten Therapien belastet?**

Bitte ankreuzen: 0 = gar nicht 10 = sehr stark beeinträchtigt

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

• **Haben Sie bereits eine Schwangerschaft erzielt?** nein ja

- Falls ja, dann bitte ankreuzen

mit jetziger Partnerin, im Jahr _____ mit anderer Partnerin. Im Jahr _____

• **Waren Sie mit einer früheren Partnerin bereits ungewollt kinderlos?** nein ja

• **Wurde bei Ihnen eine Samenuntersuchung (Spermiogramm) durchgeführt?** nein ja

- Falls ja, dann wann und mit welchem Ergebnis? (Bitte bringen Sie den Befund mit)

_____ Jahr, Normalbefund

_____ Jahr, leicht eingeschränkter Befund

_____ Jahr, deutlich / stark eingeschränkter Befund

• **Wurden Sie bereits von einem Urologen untersucht?** nein ja

- Falls ja, in welchem Jahr, aus welchem Grund und erfolgte auch ein Hoden-Ultraschall?

Jahr: _____

• **Haben Sie Erektionsstörungen?** nein ja

• **Haben oder hatten Sie eine der folgenden Beschwerden / Erkrankungen** nein ja

- Falls ja, dann bitte ankreuzen:

Hodenhochstand als Kind

Hodenverletzung

Hodenentzündung

Mumps

Schilddrüsenerkrankungen _____ Hashimoto-Thyreoiditis

Diabetes mellitus _____ insulinpflichtig

Bluthochdruck

Fettstoffwechselstörung / erhöhte Blutfettwerte



- Chronische Kopfschmerzen / Migräne _____ mit Aura
 - Hohe Stressbelastung
 - Anhaltende Schlafstörungen
 - Stimmungsschwankungen
 - Angstzustände, Panikattacken
 - Magen-, Darmerkrankungen
 - Asthma / chron. Bronchitis
 - Psychische Erkrankungen
 - Epilepsie
 - Nierenerkrankungen
 - Lebererkrankungen
 - Herz- / Kreislauferkrankungen
 - Thrombose / Embolie
 - Krebs / andere Tumore
 - Genetische Erkrankungen
- **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?** nein ja
 - Falls ja, dann nennen Sie bitte das Präparat / die Präparate:

- **Nehmen Sie regelmäßig Mikronährstoffe ein?** nein ja
 - Falls ja, dann nennen Sie bitte die Mineralstoffe / Vitamine / Probiotika:

- **Sind bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?** nein ja
 - Falls ja, dann nennen Sie bitte die Wirksubstanz: _____
- **Haben Sie Allergien / Lebensmittelunverträglichkeiten?** nein ja
 - Falls ja, dann nennen Sie bitte die Allergene / Lebensmittel:

- **Achten Sie auf Ihre Ernährung, ernähren Sie sich bewußt?**
- | | |
|---|--|
| <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, ausgeglichen |
| <input type="radio"/> ja, überwiegend Biokost | <input type="radio"/> ja, low carb <input type="radio"/> ja, vegetarisch |
| <input type="radio"/> ja, vegan | <input type="radio"/> ja, _____ |
- **Trinken Sie mehr als 4-mal pro Woche Alkohol?** nein ja
- **Nehmen Sie Drogen?** nein ja, selten ja, regelmäßig
- **Rauchen Sie?** nein ja, 1-5 Zig./Tag ja, >5 Zig./Tag ja, _____
- **Sind Sie sportlich aktiv?** nein ja, gelegentlich ja regelmäßig, _____ /Woche



• **Was machen Sie beruflich?** _____

• **Sind Sie im Alltag besonderen körperlichen Belastungen ausgesetzt?** nein ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Belastungen:

Schichtarbeit Lärm fehlendes Tageslicht Andere: _____

• **Sind in Ihrer engeren Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen bekannt oder aufgetreten?** nein ja

- Falls ja, dann bitte ankreuzen:

Prostata-Ca Herzinfarkt / Schlaganfall
 Bluthochdruck erhöhte Blutfettwerte
 Diabetes mellitus Alzheimer Demenz
 Genetische Erkrankungen Sonstiges: _____

...und eine letzte Frage: Wie bzw. durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Empfehlung Freunde / Bekannte Empfehlung des betreuenden Arztes: _____
 Internet / Webseite Sonstiges: _____

Berlin / Potsdam, den

Unterschrift Patient