



Kinderwunschzentrum
Bad-Cannstatt

Praxis M. Woriedh

Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
König-Karl-Str. 66
70372 Stuttgart
Tel.: 0711-290 671 Fax: 0711-292 321
E-Mail: Info@kwz-bc.de

Anamnesebogen Mann

Sehr geehrte Patient,

herzlich Willkommen in meiner Praxis. Die nachfolgenden Daten sind für Ihre Behandlung von großer Wichtigkeit. Sollten Sie sich bei einer Angabe nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben mit Ihrer Unterschrift am Ende des Dokumentes.

Patient

Name Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Straße PLZ Wohnort

Telefon

privat Mobil E-Mail

Beruf

Größe: Gewicht:

Haben Sie bereits Kinder? nein ja Wenn ja, aus dieser Beziehung? nein ja

Rauchen Sie? nein ja Wenn ja, wie viel am Tag? _____

Wurde bei ihnen bereits eine Untersuchung des Samens (Spermiogramm) durchgeführt?

nein ja Wenn ja, mit welchem Ergebnis? normaler Befund
 auffälliger Befund

Leiden Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen?

nein ja Wenn ja, an welchen? _____

Nehmen Sie Medikamenten ein?

nein ja Wenn ja, welche: _____



Kinderwunschzentrum
Bad-Cannstatt

Praxis M. Woriedh

Frauenheilkunde und Geburtshilfe
Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
König-Karl-Str. 66
70372 Stuttgart
Tel.: 0711-290 671 Fax: 0711-292 321
E-Mail: Info@kwz-bc.de

Sonstige Erkrankungen oder Operationen?

nein ja Wenn ja, mit welchen? ... _____

Hatten Sie eine Hodenverletzung?

nein ja Wenn ja, mit wann?.... _____

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?

nein ja Wenn ja, welche Therapie wurde durchgeführt? keine
 Hormontherapie
 Operation

Hatten Sie eine Entzündung am Hoden?

nein ja Wenn ja, wann? _____

Haben oder hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?

nein ja Wenn ja, sind Sie operiert worden? nein
 ja, Wann? _____

Sind Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt?

(bei Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)

- Frühgeburten
- Totgeburten
- Kinder früh verstorben
- körperliche und geistige Behinderungen
- cystische Fibrose
- sonstige Auffälligkeiten? _____

Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?

nein ja Wenn ja, bei wem und was? _____

Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung?

nein ja Wenn ja, was wurde bereits durchgeführt? _____

.....
Datum

.....
Unterschrift (Mann)