

FB Anamnesebogen

Bitte füllen Sie dieses Dokument möglichst vollständig und gut leserlich aus.

Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Größe und Gewicht:	_____ m / _____ Kg
Haben Sie bereits Kinder?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , wie viele:
Rauchen Sie?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , wieviel:
Trinken Sie Alkohol?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , oft / gelegentlich / selten
Wurde bei Ihnen bereits eine Untersuchung des Samens (Spermiogramme) durchgeführt?	ja, am: _____ nein <input type="checkbox"/>
Leiden Sie an chronischen Erkrankungen, Stoffwechsel- oder Hormonstörungen?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Sonstige Erkrankungen oder Operationen?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Hatten Sie eine Hodenverletzung?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , wann: _____
Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , welche Therapie wurde durchgeführt: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Hormontherapie <input type="checkbox"/> Operationen
Hatten Sie eine Entzündung am Hoden?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , wann: _____
Haben oder hatten Sie Krampfadern am Hoden (Varikozele)?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Wurden Sie operiert? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , welche: _____
Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt? (bei Mutter, Vater, Geschwistern, Neffen, Tanten, Onkel)	<input type="checkbox"/> Fehlgeburten <input type="checkbox"/> Früh-/Totgeburten <input type="checkbox"/> Kinder früh verstorben <input type="checkbox"/> körperliche und/oder geistige Behinderungen <input type="checkbox"/> Cystische Fibrose <input type="checkbox"/> sonstige Auffälligkeiten: _____
Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , bei wem und was:
Bestand Kontakt mit HIV oder Hepatitis?	nein/unbekannt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , wann:
Haben Sie Allergien?	nein <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> , welche: