

Praxis für Urologie

Im City Medical Center Wiesbaden
Rheinstraße 31, 65185 Wiesbaden
Telefon: 0611 - 440642 Fax: 0611 – 440643
E- Mail: praxis@filipas-urologie.de

QM Zertifizierung nach DIN EN ISO 9001:2015

Als neuer Patient heißen wir Sie in unserer Praxis zur Kinderwunsch-Sprechstunde herzlich willkommen!

Um Sie besser kennen zu lernen und wichtige Informationen zu gewinnen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen vollständig auszufüllen. Selbstverständlich unterliegen Ihre Angaben der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz.

Persönliche Angaben

Nachname, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Beruf: _____

Tel./Fax/Mobil: _____

E-Mail: _____

Allgemeine Krankenvorgeschichte

Sind bei Ihnen Vorerkrankungen bekannt?

Kinderkrankheiten, v.a. Mumps Nein Ja

Operationen, Traumata, v.a. im Genital-, Becken- u. Schädelbereich Nein Ja

Stoffwechselerkrankungen, v.a. Diabetes mellitus Nein Ja

Schilddrüsenerkrankung (*Kropf, Über- oder Unterfunktion*) Nein Ja

Gastrointestinale Erkrankungen (chronisch-entzündliche Darmerkrankungen)
 Nein Ja

- Kardiovaskuläre Erkrankungen Nein Ja
- Leber- oder Nierenfunktionsstörungen Nein Ja
- Neurologische Erkrankungen (Multiple Sklerose) Nein Ja
- Akute oder chronische Infektionskrankheit (HIV, Hepatitis) Nein Ja
- Autoimmunerkrankungen, rheumatische Erkrankungen Nein Ja
- Psychiatrische oder psychosomatische Erkrankungen Nein Ja
- Besteht oder bestand eine Krebserkrankung (Tumor)? Nein Ja
- Wenn ja, welche? _____

Gezielte andrologische Krankenvorgeschichte

- Hatten Sie eine Hodenverletzung? Nein Ja wann? _____
- Hatten Sie als Kind Hodenhochstand? Nein Ja
- Wenn ja, welche Therapie wurde durchgeführt? Keine Hormontherapie Operation
- Hatten Sie eine Entzündung am Hoden? Nein Ja wann? _____
- Haben oder hatten Sie Krampfadern am Hoden? Nein Ja
- Haben oder hatten Sie sexuell übertragbare Erkrankungen Nein Ja
- Hatten Sie eine Mumps oder eine andere Infektion mit begleitender Hodenentzündung?
 Nein Ja
- Hatten Sie eine Verletzung im Genitalbereich? Nein Ja
- Haben Sie Sehstörungen (bei Makroprolaktinom)? Nein Ja
- Haben Sie Riechstörungen (bei Kallmann-Syndrom)? Nein Ja

Sexualanamnese

- Familienstand: verheiratet ledig
- Partnerschaft seit: _____
- Name und Geburtsdatum Ihrer Frau: _____
- Kinderwunsch seit wann?: _____

- Haben Sie bereits Kinder: Nein Ja
- Wenn Ja, aus dieser Beziehung? Nein Ja
- Waren Sie bereits wegen Ihres Kinderwunsches in ärztlicher Betreuung? Nein Ja
- Wenn ja, welche Behandlungen wurden bereits durchgeführt? _____
- Wurde bei Ihnen bereits eine Untersuchung des Samens (Spermiogramm) durchgeführt?
- Nein Ja
- Wenn ja, mit welchem Ergebnis? Normaler Befund Auffälliger Befund
- Haben Sie Erektionsstörungen? Nein Ja
- Wenn ja, in welcher Form? _____
- Haben Sie Orgasmus-/Ejakulationsstörungen (vorzeitige oder verzögerte Ejakulation, retrograde Ejakulation, ausbleibender Orgasmus)? Nein Ja

Familienanamnese

- Sind in Ihrer Familie Krebserkrankungen bekannt? Nein Ja
- Sind in Ihrer Familie Erbkrankheiten bekannt? Nein Ja
- Sind in Ihrer Familie folgende Auffälligkeiten bekannt? (Mutter, Vater, Geschwister, Neffen, Tanten, Onkel)
- Fehlgeburten Früh-/Totgeburten Kinder früh verstorben
- Körperliche und geistige Behinderung Cystische Fibrose Kinderlosigkeit

Sozial- und Arbeitsplatzanamnese

- Haben Sie viel Stress (familiär, privat, beruflich)? Nein Ja
- Sind Sie beruflich chemischen (z.B. Schwermetalle, Pestizide) oder physikalischen (z.B. Wärme, ionisierende Strahlung, Lärm) Umwelteinflüssen ausgesetzt? Nein Ja
- Arbeiten Sie im Schichtdienst (gestörter Tag-Nacht-Rhythmus)? Nein Ja
- Treiben Sie regelmäßig Sport? Nein Ja

Medikamenten- und Genussmittelanamnese

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein Ja

(geben Sie bitte auch Schmerz-, Schlaf-, Beruhigungsmittel-, Abführmittel an)

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Zigaretten? Nein Ja Wenn ja, wie viele am Tag? _____

Alkohol? Nein Ja Wenn ja, täglich? Ab und zu?

Drogen? Nein Ja Wenn ja, täglich? Ab und zu?

Anabolika? Nein Ja Wenn ja, täglich? Ab und zu?

Vielen Dank, dass Sie sich für die Beantwortung der Fragen Zeit genommen haben.