

Anamnesebogen für den Mann

(gesundheitliche Vorgeschichte)

Wir freuen uns, dass Sie einen Termin zum Erstgespräch in unserer Praxis vereinbart haben. Bitte nehmen Sie sich etwas Zeit, um die nachfolgenden Fragen zu beantworten.

Wichtig!!

Bitte Personalausweis, Impfausweis und falls vorhanden, Vorfunde sowie Ihren Blutgruppen-Nachweis mitbringen.

Name: _____ Pat.ID _____

Geburtsdatum: _____ Alter: _____

Geburtsort: _____

Telefonnummer: _____

e-Mail: _____

Familienstand: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____

Versicherungsstatus: gesetzlich privat Beihilfe

Rauchen Sie: Nein Ja Wie viele: _____

Trinken Sie Alkohol: Nein Ja

Nehmen Sie Drogen: Nein Ja

Beruf: _____

Behandelnder Urologe: _____

Einwilligungserklärung zu Erhebung /Übermittlung von Patientendaten

- Ich erkläre mich einverstanden, dass in der Praxis Kinderwunsch Kö meine Patientendaten erhoben und verarbeitet werden dürfen.
- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde bei anderen Ärzten und Leistungserbringern zum Zweck der Dokumentation und der weiteren Behandlung angefordert werden dürfen.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mich betreffende Behandlungsdaten und Befunde an mich und behandelnde Ärzte übermittelt werden dürfen, Darunter fallen bspw. auch Labore, die zur Erstellung von bestimmten Werten in Anspruch genommen werden, die für die Behandlung und Diagnose erforderlich ist.
- Ich erkläre mich einverstanden, dass mir Informationen, Befunde und Berichte ggf. auch per E-Mail zugesandt werden dürfen. Die potentiellen Unsicherheiten einer unverschlüsselten Datenübermittlung per E-Mail sind mir bekannt.

Datum

Unterschrift Patientin

Bitte geben Sie uns einen kurzen Überblick über Ihre urologische Vorgeschichte:	
Wurden Sie bereits vom Urologen untersucht?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> , wann: _____
Bestand oder besteht ein Hodenhochstand?	Rechter Hoden <input type="checkbox"/> Linker Hoden <input type="checkbox"/>
OP oder medizinische Behandlung notwendig?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Wurde bei Ihnen eine Krampfader am Hoden festgestellt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Rechter Hoden <input type="checkbox"/> Linker Hoden <input type="checkbox"/>
Haben Sie Erektionsstörungen?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Wurden bei Ihnen Spermogrammuntersuchungen durchgeführt?			
Datum	Anzahl Spermien	Motilität der Spermien	Morphologie

Sind bei Ihnen folgende Vorerkrankungen bekannt:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hyperthyreose | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Hypothyreose | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> Thromboserisiko | <input type="checkbox"/> Krebs / andere Tumore |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | welche: _____ |
| <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | |
| <input type="checkbox"/> Allergien: _____ | |

Nehmen Sie Medikamente ein:

-
- Nein
-
- Ja, welche: _____

Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Ausland?

-
- Nein
-
- Ja, wo genau: _____

Haben Sie Kinder aus einer anderen Beziehung:

-
- Nein
-
-
- Ja, alter: _____

Familienanamnese / genetisches Risiko:

Sind nachstehende Erkrankungen in der Familie (Vater, Mutter, Großeltern) bekannt?

Thrombose / Embolie

Schilddrüsenerkrankungen

Diabetes mellitus

Chromosomenstörung

Ungewollte Kinderlosigkeit

Erbkrankheiten / Fehlbildungen: _____

Haben Sie Geschwister und liegen hier Erkrankungen vor?

Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?

Gynäkologen

Freunde

Internet

Instagram

Vielen Dank für Ihr Vertrauen in unsere Praxis

Ihr Kinderwunsch-Kö Team