



## ANAMNESEBOGEN – MANN

ausgefüllt am: \_\_\_\_\_

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Straße, Haus-Nr.:		PLZ, Ort:	
Krankenkasse:		Beruf:	
Telefon-Nr.:		Handy-Nr.:	
E-Mail:		Nationalität:	
Größe:	Gewicht:	Verheiratet mit dieser Partnerin?    nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
Rauchen Sie?    ja <input type="checkbox"/> (wieviel) _____    nein <input type="checkbox"/>			
Alkohol:    nie <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/>			
Ihr behandelnder Hausarzt: _____			
Ihr behandelnder Urologe: _____			
Sind Sie gesund?    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Falls nein, welche Erkrankung haben Sie? _____			
Bemerkung: _____			
<input type="checkbox"/> Diabetes/Zuckerkrankheit	<input type="checkbox"/> Thrombose	<input type="checkbox"/> Asthma	
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung	
<input type="checkbox"/> Herz-/Kreislaufkrankung	<input type="checkbox"/> Nieren-/Nebennieren-/Lebererkrankung		
Krebserkrankung			
Sonstige Erkrankung:			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Falls ja, welche? _____			
Haben Sie muskelaufbauende Substanzen genommen?    ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Wurde bei Ihnen bereits ein Test auf Mucoviszidose/cystische Fibrose durchgeführt?			
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ergebnis unauffällig <input type="checkbox"/> Ergebnis auffällig _____			
Wurde bei Ihnen bereits eine genetische Untersuchung (Chromosomenanalyse) durchgeführt?			
nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Ergebnis unauffällig <input type="checkbox"/> Ergebnis auffällig _____			
Wurden Sie schon einmal operiert?    nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
Was/wann: _____			

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

nein  ja  \_\_\_\_\_

Haben Sie Erektionsstörungen?

nein  ja

Haben/hatten Sie Hodenverletzungen?

nein  ja

Hatten Sie als Kind einen Hodenhochstand?

nein  ja

Hatten Sie einen Hodentumor?

nein  ja

Hatten/haben Sie Krampfadern (Varikoele) am Hoden?

nein  ja

Hatten Sie Mumps?

nein  ja

Gab es Schwangerschaften mit einer früheren Partnerin? nein  ja

Wenn ja, Ausgang der Schwangerschaft: \_\_\_\_\_

Wann war Ihr letzter Besuch beim Urologen? \_\_\_\_\_

Wurde ein Spermogramm gemacht? nein  ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

Wurde der Hoden mit Ultraschall untersucht? nein  ja

Wenn ja, wann? \_\_\_\_\_

Ergebnis: \_\_\_\_\_

Ungeschützter Geschlechtsverkehr seit: \_\_\_\_\_

Gibt es dabei Probleme? nein  ja

Haben Sie sich sterilisieren lassen? nein  ja

Gibt es bei den Geschwistern/Eltern/Großeltern chronische Erkrankungen?

nein  ja

Ungewollte Kinderlosigkeit \_\_\_\_\_

Krebserkrankungen \_\_\_\_\_

Genetische Erkrankungen \_\_\_\_\_

Herz/Kreislaufferkrankungen \_\_\_\_\_

sonstiges \_\_\_\_\_



Name:	Vorname:
-------	----------

Die Bestimmung von Anti-HIV-1,2, HBs-Ag, Anti HBc, Anti-HCV-Ab, im Einzelfall auch weitere Untersuchungen wird vom gemeinsamen Bundesausschuss in den Richtlinien über die künstliche Befruchtung nach den Vorgaben der TPG-Gewebeverordnung (TPG-GewV) in der Änderungen vom 16. Juli 2009 und vom 21. August 2014 gefordert.

In der Verordnung über die Anforderungen an Qualität und Sicherheit der Entnahme von Geweben und deren Übertragung nach dem Transplantationsgesetz wird in der Anlage 3 festgelegt, welche Laboruntersuchungen und Untersuchungsverfahren erforderlich sind.

Ich bin damit einverstanden, dass sowohl das Blutbild und Basishormonbestimmungen durchgeführt werden als auch auf Hepatitis- und HIV-Infektion untersucht wird. Die Untersuchung auf die Infektionsparameter muss jährlich wiederholt werden.

Die Laboruntersuchung auf eine HIV-Infektion wird ggf. nicht oder nicht vollständig von der Krankenkasse übernommen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten und Ergebnisse eines Behandlungszyklus anonymisiert an das DIR (Deutsches IVF-Register) zur statistischen Erfassung weitergegeben werden.

Bei nicht fristgerechter Bezahlung unserer Rechnungen sind wir mit der Weitergabe von Daten an einen Rechtsanwalt bzw. an ein Inkassounternehmen einverstanden.

Ich bestätige die Richtigkeit der obigen Angaben

Stuttgart, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient