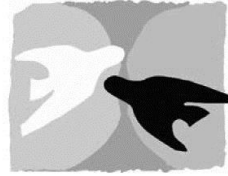


Kinderwunsch Anamnese Mann



Reproduktionsmedizin
München
Medizinisches
Versorgungszentrum
Partnerschaftsgesellschaft
Dr. Walter Bollmann
Dr. Thomas Brückner
Dr. Daniel Noss

Arzt für Laboratoriumsmedizin
Dr. Gerhard Noss

Tal 11, 80331 München
(089) 24 22 95-0 | Fax: -60
info@ivf-bbn.de | www.ivf-bbn.de
Zertifiziert nach DIN EN ISO 9001

Pat-Name

Ist bei Ihnen bereits eine urolog. Untersuchung durchgeführt worden? Wenn ja, bitte Angabe des Jahrs der Untersuchungen Bitte (wenn möglich) sämtliche SpermioGramme vorab zu schicken.	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr: _____
Ist bei Ihnen eine Erkrankung bekannt? z.B. Diabetes, Bluthochdruck, Rheuma, Schilddrüse (Unter-/Überstimulation), Asthma, Depressionen, Krebs, Tbc und andere. wenn ja, seit wann:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche: Jahr: _____
Welche Medikamente nehmen Sie ein? Bitte Angabe sämtlicher Medikamente/ Hormone	
Rauchen Sie? Bitte Angabe wie viele Zigaretten pro Tag	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> _____ pro Tag
Ist bei Ihnen eine Einschränkung der Zeugungsfähigkeit/Spermienqualität bekannt?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Hatten sie bereits Kinderwunsch in einer früheren Partnerschaft?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie bereits mit einer früheren Partnerin eine Schwangerschaft erzielt? Wenn ja, Angabe des Jahres und ob Fehlgeburt oder Geburt. Kind gesund?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____ Abort <input type="checkbox"/> Geburt <input type="checkbox"/>
Hatten Sie früher eine Mumps-Erkrankung? wenn ja, wann:	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____
Gab es eine Hoden-/Nebenhodenentzündung? Bitte Angabe Jahr und Seite	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____ li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
Haben/Hatten Sie „Krampfadern“ am Hoden?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____ li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
Gab es einen Hodenhochstand/Pendelhoden? Falls OP, bitte Angabe des Jahres und der Seite	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/> Jahr _____
Ist ein Hoden etwas kleiner? Bitte Angabe der Seite	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
Gab es eine andere Hodenoperation?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____ li <input type="checkbox"/> re <input type="checkbox"/>
Gab es eine Hodenverletzung, einen Hodentumor? Bitte Jahr und evtl. OP angeben	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Jahr _____
Leiden Sie an „Sexual-Störungen“?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> seit: _____
Urologe	