

Name: _____ Vorname: _____ geboren: _____

Andrologischer Anamnesebogen (nach Köhn)

Wir möchten Sie bitten, die folgenden Fragen sorgfältig durchzulesen und zu beantworten:

1. Besteht Kinderwunsch? ja nein
2. Kommen Sie wegen Erektionsstörungen? ja nein
3. Kommen Sie wegen Ejakulationstörungen? ja nein
4. Alter bei der Untersuchung _____ Jahre
5. Größe _____ cm Gewicht _____ kg
6. Verheiratet seit _____ Jahren ja nein
7. Falls nicht verheiratet, feste Partnerin seit _____ Jahren ja nein
8. Kinderwunsch seit _____ Jahren ja nein
9. Haben Sie bereits Kinder mit Ihrer Frau/Partnerin? ja nein
Wenn ja, wie viele und wann geboren? _____
10. Haben Sie bereits Kinder aus einer anderen Beziehung? ja nein
11. Hat Ihre Frau/Partnerin bereits Kinder aus einer anderen Beziehung? ja nein
Wenn ja, wie viele und wann geboren? _____
Fehlgeburten? ja nein Frühgeburten? ja nein Abtreibungen? ja nein
12. Wird Geschlechtsverkehr gezielt zum Eisprung durchgeführt? Wenn ja, seit _____ Jahren ja nein
13. Voruntersuchungen (bitte ankreuzen):
 Spermogramm (Samenuntersuchung) Wann: _____ Wo: _____
 Hormonuntersuchung Wann: _____ Wo: _____
 andere Untersuchungen zur Abklärung von Fertilitätsstörungen Wann: _____ Wo: _____
14. Bisherige Behandlungen bei Ihnen? ja nein
Wenn ja, welche? _____
15. Verwendeten Sie bisher Verhütungsmittel? ja nein
Wenn ja, welche? _____
16. Wie häufig haben Sie Geschlechtsverkehr? Durchschnittlich _____ Mal pro Woche
17. Alter der Ehefrau (Partnerin) bei der Untersuchung _____ Jahre
18. Periode regelmäßig? ja nein
19. Besteht ein Eisprung? ja nein
20. Ist Ihre Ehefrau/Partnerin beim Frauenarzt in Behandlung? ja nein
Wenn ja, Anschrift des Frauenarztes: _____
21. Wurden bei gynäkologischen Untersuchungen krankhafte Veränderungen festgestellt? _____
Sims-Huhner-Test (Postkoitaltest) _____

Name:

Vorname:

geboren:

22. Wird/Wurde bei Ihrer Ehefrau (Partnerin) eine Behandlung durchgeführt oder ist eine Behandlung beziehungsweise ein Eingriff vorgesehen? ja nein

Wenn ja: Durchgängigkeit der Eileiter _____
 Behandlung mit Tabletten oder Spritzen (Hormone) _____
 Inseminationen _____
 IVF/ICSI _____
 Wann? _____ Wo? _____
 Ergebnis? _____
 Wie viele befruchtete Eizellen? _____
 Schwangerschaft? _____

23. Erster Geschlechtsverkehr mit _____ Jahren

24. Erste Rasur mit _____ Jahren; Häufigkeit derzeit: _____

25. Kommt es gegenwärtig zu nächtlichen Samenergüssen? ja nein

26. Bestehen zur Zeit morgendliche Gliedversteifungen? ja nein

27. Unvollständige Gliedversteifung beim Geschlechtsverkehr? Wenn ja, seit _____ ja nein

28. Vorzeitiger Samenerguss beim Geschlechtsverkehr? Wenn ja, seit _____ ja nein

29. Der Samenerguß ist kräftig, stoßweise? ja nein

30. Mangel an Libido (sexuelles Begehren)? Wenn ja, seit _____ ja nein

31. Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel täglich (Zigaretten, Zigarren, Pfeife)? ja nein

32. Alkoholkonsum? Wenn ja, wieviel täglich (Bier, Wein, Schnaps)? ja nein

33. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten Monaten regelmäßig Medikamente ein? ja nein

Wenn ja, welche (z. B. Antiandrogene, Zytostatika, Antibiotika, Blutdruckmittel, Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Schmerzmittel) und in welcher Dosierung? _____

34. Fühlen Sie sich zur Zeit gesund ja nein

35. Hatten oder haben Sie (zutreffendes ankreuzen, wenn ja wann?):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hodenhochstand | <input type="checkbox"/> schwere Grippe | <input type="checkbox"/> Mumps |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (Zucker) | <input type="checkbox"/> Hodenentzündung | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Nebenhodenentzündung | <input type="checkbox"/> Geschlechtskrankheiten | <input type="checkbox"/> Leberkrankheiten |
| <input type="checkbox"/> Beschneidung | <input type="checkbox"/> Ausfluss aus der Harnröhre | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> Prostataentzündung | <input type="checkbox"/> Leistenbruchoperationen | <input type="checkbox"/> Tuberkulose |
| <input type="checkbox"/> unbestimmte Beschwerden im Genitalbereich | <input type="checkbox"/> Operationen im Genitalbereich | <input type="checkbox"/> Verletzungen im Genitalbereich |
| <input type="checkbox"/> Allgemeinerkrankungen | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Typhus |
| <input type="checkbox"/> allergisches Bronchialasthma | <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten | <input type="checkbox"/> endogenes Ekzem |

36. Sind in Ihrer Familie (nur Blutsverwandschaft) kinderlose Ehen, Störungen des Erbguts (z. B. Erbkrankheiten, Mißbildungen) oder gehäufte Fehlgeburten bekannt? ja nein

37. Was ist Ihr derzeitiger Beruf? _____ Seit wann? _____

Vorheriger Beruf? _____

Wie lange üben Sie eine sitzende Tätigkeit pro Tag aus? _____ Stunden pro Tag

38. Welchen von den folgenden äußeren Einflüssen sind Sie im Beruf oder in der Freizeit ausgesetzt (Zutreffendes bitte ankreuzen)?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lärm | <input type="checkbox"/> Lösungsmittel | <input type="checkbox"/> Hitze |
| <input type="checkbox"/> andere Chemikalien, welche? | <input type="checkbox"/> ionisierende Strahlen | <input type="checkbox"/> Schwermetalle |
| <input type="checkbox"/> Industrieemissionen | <input type="checkbox"/> Stress | <input type="checkbox"/> Insektizide |
| <input type="checkbox"/> unregelmäßige Arbeitszeit | <input type="checkbox"/> Pflanzenschutzmittel | |

39. Wohnen Sie in (Zutreffendes bitte ankreuzen) ... Innenstadt, Stadtbereich, Land verkehrsreich/ruhig

40. Wo befindet sich Ihr Arbeitsplatz? Innenstadt, Stadtbereich, Land verkehrsreich/ruhig