



Andrologische Anamnesebogen (nach Köhn)

Datum:

Name, Vorname

1. Besteht Kinderwunsch? O ja O nein
2. Bestehen Erektionsstörungen? O ja O nein
3. Bestehen Ejakulationsstörungen? O ja O nein
4. Alter bei der Untersuchung _____ Jahre
5. Größe _____ cm Gewicht _____ Kg.
6. Verheiratet seit _____ Jahren
7. Falls nicht verheiratet, feste Partnerin seit _____ Jahren
8. Kinderwunsch seit _____ Jahren
9. Haben Sie bereits Kinder mit ihrer Frau/Partnerin? O ja O nein
 Wenn ja, wie viele und wann geboren? _____
10. Haben Sie bereits Kinder aus einer anderen Beziehung? O ja O nein
11. Hat ihre Frau/Partnerin bereits Kinder aus einer anderen Beziehung? O ja O nein
 Wenn ja, wie viele und wann geboren? _____
 Fehlgeburten? O ja O nein Frühgeburten? O ja O nein Abtreibungen? O ja O nein
12. Wird Geschlechtsverkehr gezielt zum Eisprung durchgeführt? Wenn ja, seit _____ Jahren
13. Voruntersuchungen (bitte ankreuzen):
 O Spermioogrammen (Samen Untersuchung) Wann: _____ Wo: _____
 O Hormonuntersuchung Wann: _____ Wo: _____
 O Andere Untersuchungen zur Abklärung von Fertilitätsstörungen Wann: _____ Wo: _____
14. Bisherige Behandlungen bei Ihnen? O ja O nein
 Wenn ja, welche? _____
15. Verwendeten sie bisher Verhütungsmittel? O ja O nein
 Wenn ja, welche? _____
16. Wie häufig haben sie Geschlechtsverkehr? Durchschnittlich _____ mal pro Woche
17. Alter der Ehefrau (Partnerin) bei der Untersuchung _____ Jahren
18. Periode regelmäßig? O ja O nein



Andrologische Anamnesebogen (nach Köhn)

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?
 ja nein

Sims-Huhner-Test (Postkoitaltest) _____

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

Wenn ja: Durchgängigkeit der Eileiter _____

Behandlung mit Tabletten oder Spritzen (Hormone) _____

Inseminationen _____

IVF/ICSI _____

Wann? _____ Wo? _____

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)? _____

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

33. Nehmen oder nahm sie in den letzten Monaten regelmäßig Medikamente ein? Wenn ja, welche (z.B. Antiandrogene, Zytostatika, Antibiotika, Blutdruckmittel, Beruhigungsmittel, Schlafmittel, Schmerzmittel) und in welcher Dosierung? _____

34. Fühlen Sie sich zurzeit gesund? ja nein



Andrologische Anamnesebogen (nach Köhn)

35. Hatte oder haben sie (zutreffendes Ankreuzen, wenn ja wann?):

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

36. Sind in ihrer Familie (nur Blutsverwandtschaft) kinderlose Ehe, 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. Welche von den folgenden äußeren Einflüssen sind sie im Beruf oder in der Freizeit ausgesetzt?

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

39. Wohnen Sie in (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> O Innenstadt, Stadtbereich, Land | <input type="checkbox"/> O verkehrsreich/ruhig |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|

40. Wo befindet sich ihr Arbeitsplatz?

- | | |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> O Innenstadt, Stadtbereich, Land | <input type="checkbox"/> O verkehrsreich/ruhig |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|