



## Anamnesebogen der andrologischen Sprechstunde

ETIKETT

BARCODE

Sehr geehrter Patient,

um bei Ihnen eine umfassende Abklärung zu ermöglichen, bitten wir sie vorab folgende Fragen zu beantworten.

---

### Angaben zu Ihrer Partnerin:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

---

### Allgemeine Fragen zum unerfüllten Kinderwunsch

- Seit wie viel Jahren besteht bei Ihnen ein unerfüllter Kinderwunsch? Seit \_\_\_\_ Jahren
- Haben Sie in der Vergangenheit auf natürlichem Weg Kinder gezeugt?  nein  ja  
Wenn ja ● Wie alt sind Ihre Kinder? \_\_\_\_\_
- Ist Ihre Partnerin in frauenärztlicher Abklärung bzgl. Zeugungsfähigkeit?  nein  ja  
Wenn ja ● Bei wem? \_\_\_\_\_
- Ist bei Ihren Verwandten eine Zeugungsunfähigkeit bekannt?  nein  ja  
Wenn ja ● Bei wem? \_\_\_\_\_
- Wurde in der Vergangenheit Ihre Kinderlosigkeit abgeklärt?  nein  ja  
Wenn ja ● Behandelnder Urologe / Androloge? \_\_\_\_\_
  - Wurde ein Spermogramm durchgeführt?  nein  ja
  - Wurde eine hormonelle Abklärung veranlasst?  nein  ja
  - Wurde eine genetische Untersuchung durchgeführt?  nein  ja
  - Andere: \_\_\_\_\_



- Wurde eine künstliche Befruchtung bei Ihrer Partnerin durchgeführt?  nein  ja
- Wenn ja ● Wo? \_\_\_\_\_
- Welche Art?  Insemination  IVF  ICSI
- War(en) diese erfolgreich?  nein  ja
- 

### Fragen zu Ihrer Kindheit

- Waren Ihre Hoden seit Ihrer Geburt im Hodensack (Skrotum)?  nein  ja
- Wenn nein ● Welcher Hoden?  Linker  Rechter  Beide Hoden
- Wurde hierzu eine Therapie durchgeführt?  nein  ja
- Welche Therapie wurde durchgeführt?  Operation  Medikamente
- Wie alt waren Sie, als diese Therapie durchgeführt wurde? \_\_\_\_\_ Jahre
- War/ist einer Ihrer Hoden höher stehend (Pendel-/Gleithoden)?  nein  ja
- Wenn ja ● Welcher Hoden war betroffen?  Linker  Rechter
- Hatten Sie Mumps?  nein  ja
- Wenn ja ● War es hierbei zu einer Hodenentzündung gekommen?  nein  ja
- Wann waren Sie erkrankt? \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- 

### Fragen zu Vorerkrankungen / Operationen

- Sind bei Ihnen chronische Erkrankungen bekannt?  nein  ja
- Wenn ja ● Welche? \_\_\_\_\_ seit \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- \_\_\_\_\_ seit \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- \_\_\_\_\_ seit \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- \_\_\_\_\_ seit \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Leiden Sie unter einer Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus)?  nein  ja
- Wenn ja ● Seit wann erkrankt? \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Sind bei Ihnen Erkrankungen der Schilddrüse bekannt?  nein  ja
- Wenn ja ● Welche? \_\_\_\_\_ seit \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Welche? \_\_\_\_\_ seit \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
-



- Ist bei Ihnen ein Krebsleiden bekannt? ○ nein ○ ja  
Wenn ja ● Art des Leidens: \_\_\_\_\_
- Art der Therapie: ○ Operation ○ Chemotherapie ○ Strahlentherapie
- Wenn Operation, wann? \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr) Wo operiert? \_\_\_\_\_
- Wenn Chemotherapie: von \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr) bis \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Wenn Strahlentherapie: von \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr) bis \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Sind bei Ihnen Infektionskrankheiten bekannt (Hepatitis/HIV)? ○ nein ○ ja  
Wenn ja ● Welche? \_\_\_\_\_ seit \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)  
\_\_\_\_\_ seit \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Waren / Sind Sie an einer Tuberkulose erkrankt? ○ nein ○ ja  
Wenn ja ● Wurde eine Therapie durchgeführt? ○ nein ○ ja  
● Wann waren Sie erkrankt? \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Wurde bei Ihnen Operationen durchgeführt? ○ nein ○ ja  
Wenn ja ● Operation eines Leistenbruches ○ nein ○ ja  
Wenn ja, welche Seite? ○ Links \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)  
○ Rechts \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Operation eines verdrehten Hodens (Hodentorsion)? ○ nein ○ ja  
Wenn ja, welche Seite? ○ Links \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)  
○ Rechts \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Operation einer Krampfadern am Hoden (Varikozele)? ○ nein ○ ja  
Wenn ja, welche Seite? ○ Links \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)  
○ Rechts \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Operation eines Wasserbruchs (Hydrozele)? ○ nein ○ ja  
Wenn ja, welche Seite? ○ Links \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)  
○ Rechts \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Operation im Bauchraum? ○ nein ○ ja  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_ wann operiert? \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)  
\_\_\_\_\_ wann operiert? \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)  
\_\_\_\_\_ wann operiert? \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)



- Kam es bei Ihnen zu einer Verletzung im Hodenbereich?  nein  ja
  - Wenn ja ● Verdrehung des Hodens (Hodentorsion)? \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
  - Schlag auf den Hoden? \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
  - Offene Hodenverletzung \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Kam es bei Ihnen zu therapiebedürftigen Entzündungen im urogenitalen Bereich?  nein  ja
  - Wenn ja ● Hodenentzündung (Orchitis)?  Links \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
    - Rechts \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
  - Nebenhodenentzündung (Epididymitis)?  Links \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
    - Rechts \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
  - Prostatentzündung (Prostatitis)? \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
  - Entzündung der Harnröhre (Urethritis)? \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Sind bei Ihnen Geschlechtskrankheiten bekannt?  nein  ja
  - Wenn ja ● Welche? \_\_\_\_\_ erkrankt \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
  - \_\_\_\_\_ erkrankt \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?  nein  ja
  - Wenn ja Welche? \_\_\_\_\_
- Sind bei Ihnen Allergien bekannt?  nein  ja
  - Wenn ja Welche? \_\_\_\_\_
- Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_ cm Wie viel wiegen Sie? \_\_\_\_\_ kg
- Hatten Sie in den letzten 2 Monaten Fieber (Körpertemperatur > 38,5°C)?  nein  ja

### Fragen zu Ihren Lebensgewohnheiten

- Welchen Beruf üben Sie aus? \_\_\_\_\_
- Arbeiten Sie im Schichtdienst?  nein  ja
- Sind Sie beruflich Chemikalien ausgesetzt?  nein  ja
- Sind beruflich einer erhöhten Strahlenbelastung ausgesetzt?  nein  ja
- Rauchen Sie / Haben Sie in der Vergangenheit geraucht?  nein  ja
  - Wenn ja ● Seit wie viel Jahren rauchen Sie (haben Sie geraucht)? Seit \_\_\_\_\_ Jahren
  - Wie viele Schachteln Zigaretten rauchen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_ Schachteln / Tag



- Waren Ihre Eltern Raucher?  nein  ja
  - Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  nein  ja  
Wenn ja ● Wie viel Alkohol trinken Sie pro Woche? \_\_\_\_\_
  - Sind Sie regelmäßig Stress ausgesetzt?  
--------------------  
Sehr selten      Selten      Normal      Häufig      Sehr häufig
- 

### Fragen zu Ihrer Sexualität

- Wie haben Sie bisher verhütet?  Keine Verhütung bisher  Pille  Kondom  Spirale  
 Temperaturmethode  Andere Methode: \_\_\_\_\_
- Bis wann haben Sie verhütet? \_\_\_/\_\_\_ (Monat/Jahr)
- Leiden Sie unter Erektionsstörungen?  nein  ja  
Wenn ja ● Haben Sie morgendliche Erektionen?  nein  ja  
Bitte füllen Sie bei Erektionsstörungen den am Ende des Fragebogens beigefügten  
**Zusatzfragebogen (IIEF-5)** aus
- Kommt es bei Ihnen zu einem vorzeitigen Samenerguss?  nein  ja
- Haben Sie einen Samenerguss in die Blase?  nein  ja
- Hat die Lust auf Sexualität (Libido) bei Ihnen abgenommen?  nein  ja  
Wenn ja Seit wann? \_\_\_\_\_



## Zusatzfragebogen bei Erektionsstörungen (IIEF-5)

Die folgenden Fragen entstammen einem validierten Fragebogen (IIEF-5) und ermöglichen es uns Ihre Erektionsstörungen einzuordnen:

- **Wie zuversichtlich sind Sie, eine Erektion zu bekommen und aufrechterhalten zu können?**
  - Sehr hoch
  - Hoch
  - Mittelmäßig
  - Niedrig
  - Sehr niedrig
  
- **Wie schwierig war es beim Geschlechtsverkehr die Erektion bis zum Ende des Geschlechtsverkehrs aufrechtzuerhalten?**
  - Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht
  - Äußerst schwierig
  - Sehr schwierig
  - Schwierig
  - Ein bisschen schwierig
  - Nicht schwierig
  
- **Wenn Sie bei sexueller Stimulation Erektionen hatten, wie oft waren Ihre Erektionen hart genug um in Ihre Partnerin einzudringen?**
  - Keine sexuelle Aktivität
  - Fast nie oder nie
  - Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)
  - Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)
  - Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)
  - Fast immer oder immer
  
- **Wenn Sie versuchten, Geschlechtsverkehr zu haben, wie oft war er befriedigend für Sie?**
  - Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht
  - Fast nie oder nie
  - Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)
  - Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)
  - Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)
  - Fast immer oder immer
  
- **Wie oft waren Sie beim Geschlechtsverkehr in der Lage, die Erektion aufrechtzuerhalten, nachdem Sie in Ihre Partnerin eingedrungen waren?**
  - Ich habe keinen Geschlechtsverkehr versucht
  - Fast nie oder nie
  - Selten (viel weniger als die Hälfte der Zeit)
  - Manchmal (etwa die Hälfte der Zeit)
  - Meistens (viel mehr als die Hälfte der Zeit)
  - Fast immer oder immer