



## Anamnese Mann/Vater

Das Ausfüllen dieses Fragebogens hilft bei der Vorbereitung des Beratungsgesprächs und erleichtert damit, dass Ihnen bei diesem Gespräch möglichst viele Informationen vermittelt werden können. Alle Angaben erfolgen freiwillig. **Sämtliche Angaben unterliegen selbstverständlich der ärztlichen Schweigepflicht und dem Datenschutz und werden streng vertraulich behandelt.** Wenn Sie Fragen oder Probleme beim Ausfüllen dieses Bogens haben stehen wir Ihnen gerne unter der Telefonnr. (0316) 385-73800 zur Verfügung.

Vor- u. Zuname: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

geb. am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

led./  verh./  gesch. /  verwtw. seit: \_\_\_\_\_ Soz.-Vers.-Nr. \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ (zB GKK Stmk, BKK Zeltweg, Gew. Wirt., BVA, Bauern ...)

ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_ tagsüber erreichbar unter: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Vorwahl Telefonnummer

1. **Grund der Anfrage:** \_\_\_\_\_

2. Machen Sie zu Ihrer **Ehefrau/Partnerin** bitte folgende Angaben:  
Sind Sie mit Ihrer Ehefrau/Partnerin verwandt und wenn ja, wie? \_\_\_\_\_

3. Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Ihrer eigenen medizinischen Vorgeschichte (**Eigenanamnese**):  
Bisherige Krankheiten, Operationen, Spitalsaufenthalte, Röntgenuntersuchungen, Medikamenteneinnahmen, etc.: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Berufsbedingte Schadstoffbelastung: \_\_\_\_\_ Nikotinkonsum: \_\_\_\_\_

Alkoholkonsum: \_\_\_\_\_ Besteht weiterer Kinderwunsch? \_\_\_\_\_

Weitere Ergänzungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Die nächsten Fragen beziehen sich auf medizinische Probleme innerhalb Ihrer Familie (**Familienanamnese**):  
Treten in Ihrer Familie gehäuft bestimmte Krankheiten auf, welche und bei wem?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 4a. Falls Ihre Ehefrau/Partnerin den entsprechenden Bogen ausgefüllt hat und dieser bereits Angaben zu Ihren **Kindern** enthält, überspringen Sie bitte diesen Punkt. Andernfalls, oder falls Sie Kinder von einer anderen Partnerin haben, machen Sie bitte folgende Angaben:

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
Vor.- u. Zuname:				
Geburtsdatum:				

Falls es bei einem oder mehreren Kindern medizinische Probleme gibt/gab (z.B. Entwicklungsverzögerung, Spitalsaufenthalte, etc.) machen Sie bitte folgende zusätzliche Angaben:

	1. Kind	2. Kind	3. Kind	4. Kind
<b>Schwangerschaft:</b>				
Komplikationen:				
Medikamenteneinnahme? Wann: Welche:				
Röntgenuntersuchungen?				
Ergebnisse von Ultraschalluntersuchungen?				
Bestand eine Rhesusunverträglichkeit?				
<b>Geburt:</b>				
Geburtsort:				
Krankenhaus:				
Spontan/Kaiserschnitt?				
Geburtsdauer:				
Geburtsgewicht/Länge:				
Komplikationen:				
Kopfumfang/APGAR (siehe Mutter-Kind-Pass)				
<b>Angeborene Leiden/ Veränderungen:</b>				
Welche?				
Wo behandelt:				
<b>Entwicklung:</b>				
Trinkschwäche:				
Gedeihstörung:				
Kopfhalten:				
Erste Zähne:				
Sitzen:				

Gehen:				
Sprechen:				
Andere Probleme (z.B. Epileptische Anfälle, etc.):				
Bisherige Krankheiten:				
Spitalsaufenthalte:				
Medikamenteneinnahmen:				
Schulbesuch:				
Beruf:				
<b>Falls verstorben:</b>				
Wann:				
Wo:				
Todesursache:				

4b. Von Ihren **Eltern** benötigen wir folgende Angaben:

	Mutter	Vater
Vor.- u. Zuname:		
Geburtsname:		
Geburtsdatum:		
Beruf:		
Besondere Krankheiten:		
Falls verstorben: wann: Todesursache:		
Gab es Fehl- oder Totgeburten?		

4c. Wie viele **Geschwister/Halbgeschwister** haben Sie: \_\_\_\_\_

Machen Sie zu diesen Geschwistern bitte folgende Angaben (falls mehr als 4 Geschwister, bitte gesondertes Blatt beifügen):

	1.	2.	3.	4.
Vor.- u. Zuname:				
Geburtsdatum:				
G. oder HGM. oder HGV.*				
Besondere Krankheiten:				
Gab es Fehl- oder Totgeburten?				
Falls Töchter: Anzahl und Alter: Eventuelle Krankheiten:				

Falls Söhne: Anzahl und Alter: Eventuelle Krankheiten:				
--	--	--	--	--

\* G = Geschwister, HGM = Halbgeschwister mütterlich, HGV = Halbgeschwister väterlich

4d. Gibt es gesundheitsbezogene Informationen Ihre **Großeltern** betreffend?

\_\_\_\_\_

5. Name und Adresse Ihres behandelnden

Hausarzt	Facharzt (mit Fachrichtung)

6. Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_