



Polikliniek fertiliteit/Vragenlijst man

Datum:

Persoonlijke gegevens

Naam:

Geboortedatum:

Adres:

Nationaliteit

Telefoonnummer vast:

Telefoonnummer mobiel:

Emailadres:

Speciale anamnese

- Heeft u kinderen met uw huidige partner? ja/nee/ niet van toepassing
- Heeft u kinderen uit een eerdere relatie? ja/nee/ niet van toepassing
- Indien ja: hoeveel kinderen? dochters zonen
- Zijn deze kinderen gezond? ja/nee/ niet van toepassing
- Indien nee: welke ziekte?
- Heeft u ooit een operatieve ingreep ondergaan van buik/geslachtsorganen? ja/nee
- Indien ja: welke operatie en wanneer?
- Bent u ooit behandeld voor een trap/stoot/ongeval in de buik/geslachtsorganen? ja/nee
- Indien ja: waarvoor en wanneer?
- Waren de zaadballen op babyleeftijd beiderzijds in de balzak aanwezig? ja/nee
- Indien nee: Is dit operatief behandeld, medicamenteus behandeld, of alsnog later spontaan ingedaald?
- Heeft u bij het vrijen een normale erectie? ja/nee
- Heeft u bij het vrijen een normale zaadlozing? ja/nee
- Heeft u bij of na het vrijen pijnklachten? ja/nee
- Indien ja: wat voor pijnklachten?
- Heeft u klachten met plassen? ja/nee
- Indien ja: wat voor klachten?

Intoxicaties

Rookt u? ja/nee

Indien ja: sigarettensigarenshag per dag

Gebruikt u alcohol? ja/nee

Indien ja: bier wijn gedestilleerd per week

Gebruikt u drugs? ja/nee

Indien ja: welke drugs en hoe vaak?

Hoeveel koffie drinkt u per dag? koppen.

Medicijngebruik

Gebruikt u medicijnen? ja/nee Indien ja: naam medicijn/ dosering/ sinds wanneer?

Voorgeschiedenis

Bent u wel eens opgenomen geweest of geopereerd? ja/nee

Indien ja: wanneer was dit en waarvoor?

Bent u op dit moment onder behandeling van huisarts of specialist? ja/nee

Indien ja: bij wie en waarvoor?

Bent u bekend met psychische klachten? Ja/nee

Indien ja: welke klachten en wanneer was dit?

Heeft u wel eens een geslachtsziekte gehad? ja/nee

Indien ja: welke geslachtsziekte en wanneer?

Familie anamnese

Komen er in de familie aangeboren of erfelijke ziekten voor? ja/nee

Indien ja: welke aandoening en bij welk familielid?

Komt er in de familie verminderde vruchtbaarheid of onvruchtbaarheid voor? ja/nee

Indien ja: bij welk familielid?

Heeft u broers of zussen? zussen broers

Indien ja: hoe groot is het leeftijdsverschil?

Komen er in de familie hart- en vaatziekten voor? ja/nee

Indien ja: bij welk familielid en welke ziekte?

Komt er in de familie hoog cholesterol voor? ja/nee

Indien ja: bij welk familielid?

Komt er in de familie prostaatkanker voor? ja/nee

Indien ja: bij welk familielid?

Sociaal

Wat is uw beroep:

Komt u tijdens het uitvoeren van uw beroep in contact met hoge temperaturen/chemicaliën? ja/nee

Indien ja: waarmee?

Wat is uw hoogst genoten opleiding?

Sport u? ja/nee

Indien ja: welke sport beoefent u?

Allergieën

Bent u allergisch voor:

Jodium? ja/nee Pleisters? ja/nee

Antibiotica? ja/nee Contrastvloeistof? ja/nee

Overige allergieën:

Opmerkingen/vragen**Toestemming tot overdracht huisarts**

Ik ga ermee akkoord dat mijn huisarts wordt ingelicht over de onderzoeken en behandelingen in het Zuyderland Medisch Centrum:

.....

Datum

.....

Handtekening