

Andrologický dotazník

Anamnéza					
Všeobecná anamnéza	Jaká je Vaše současná výška a váha? Výška: _____ cm, váha _____ kg.				
	Trpíte alergií na léky? Na které:	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Léčil jste se někdy s rakovinou?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Léčil jste se někdy s chronickými střevními problémy?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Trpíte problémy se zažíváním vlivem stresu?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Léčíte se s vysokým krevním tlakem?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Byla u Vás diagnostikována cukrovka?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Trpíte barvoslepostí, nedoslýchavostí nebo problémy s čichem?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Užíváte nějaké léky? Jaké:	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Prodělal jste nějaké jiné závažné onemocnění? Jaké:	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Užíval jste antibiotika v poledních 3 měsících?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Měl jste v posledních 3 měsících teplotu přes 38°C?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Prožíval jste v posledních 3 měsících extrémní fyzické/psychické vypětí?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Vyskytují se u Vašich pokrevně příbuzných křečové žíly či hemoroidy?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Urologická anamnéza	Prodělal jste někdy zánět prostaty?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>
Prodělal jste někdy zánět močové trubice, močového měchýře?		<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
Prodělal jste někdy zánět varlete, nadvarlete?		<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
Prodělal jste někdy sexuálně přenosnou nemoc (kapavku, syphilis, ...)?		<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
Viděl jste někdy krev ve Vašem spermatu?		<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
Pociťoval jste někdy bolest při vyvrcholení?		<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
Měl jste někdy bolestivé či oteklé varle?		<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
Prodělal jste příušnice v pubertě či později?		<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
Prodělal jste nějakou operaci močového ústrojí, penisu či varlat?		<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
Měl jste někdy operovanou tříselnou kýlu?		<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne



	Měl jste po narození sestouplá obě varlata?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Pociťujete v posledních měsících sníženou výkonnost či zvýšenou únavnost?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Máte problémy s erekcí?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Pociťujete snížený sexuální zájem?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Proběhla u Vás puberta ve stejný čas jako u Vašich vrstevníků?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Rostou Vám vousy tak, že byste se mohl holit každý den?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne

Expozice	Kouříte? Kolik cigaret/doutníků denně?: Kolik roků kouříte?:	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Kouřil jste nebo kouříte pravidelně marihuanu?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Užíval jste někdy anabolické steroidy či jiné hormony?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Koupete se pravidelně ve vaně nebo chodíte pravidelně do sauny, vířivky?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Pijete pravidelně více jak 3 piva nebo 3 skleničky vína či destilátu denně?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Užíval jste někdy nějaké jiné drogy?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Byl jste někdy v expozici toxinům, ionizujícímu záření, pesticidům či jiným jedům?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne

Pokud se neúspěšně snažíte o početí potomka, vyplňte, prosím, i tuto část.

Plodnost	Po dobu kolika měsíců se snažíte o otěhotnění s Vaší současnou partnerkou?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Máte již nějaké dítě se svou současnou partnerkou?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Kolik let je Vaší současné partnerce?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Přivedl jste do jiného stavu některou ze svých předchozích partnerek? V kterém roce:	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Má někdo z Vašich bratrů či sester problémy s početím?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne
	Vyskytuje se ve Vaší rodině cystická fibróza (onemocnění plic)?	<input type="checkbox"/>	Ano	<input type="checkbox"/>	Ne

- Trápí Vás neúspěšná snaha o početí potomka?
- Chcete vědět více možnostech moderní léčby mužské plodnosti?
- Máte problémy s erekcí?
- Trápí Vás sexuální nezájem nebo únava?
- Trpíte zahnutím penisu?

Neváhejte a kontaktujte nás, rádi Vám pomůžeme

www.andrologickaklinika.cz



**Andrologická
klinika**

www.andrologickaklinika.cz

Tel.: +420 725 438 540

info@andrologickaklinika.cz

Andrologická klinika v Iscare

Budova Lighthouse 1. patro

Jankovcova 1569/2c

170 04 Praha 7