

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

<p>Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, seit _____ Jahren</p> <p>Vergrößerung <input type="checkbox"/> Knoten <input type="checkbox"/>, Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion <input type="checkbox"/></p> <p>Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenoperation <input type="checkbox"/> oder eine Radiojodtherapie <input type="checkbox"/> durchgeführt? ja <input type="checkbox"/>, vor _____ Monaten/Jahren</p> <p>Haben Sie ein Kloßgefühl im Hals? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>Leiden Sie an ...</p> <p>...Schluckbeschwerden? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>...Händezittern? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>...Überempfindlichkeit gegen Wärme nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>...Überempfindlichkeit gegen Kälte? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>Sind Schilddrüsenerkrankungen in Ihrer Familie bekannt? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> welche? _____</p> <hr/> <p>Gewicht:</p> <p>Haben Sie abgenommen? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, _____ kg in _____ Monaten</p> <p>Haben Sie zugenommen? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, _____ kg in _____ Monaten</p> <hr/> <p>Haben Sie Herzrasen? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, Puls pro Minute _____ regelmäßig <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/></p> <p>Leiden Sie an hohem Blutdruck? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, zuletzt _____ mmHg</p> <p>Leiden Sie an niedrigem Blutdruck? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, zuletzt _____ mmHg</p> <p>Ist Ihr Stuhlgang gehäuft? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, wie oft am Tag? _____ Durchfall <input type="checkbox"/>, Verstopfung <input type="checkbox"/>, Sonstiges <input type="checkbox"/></p>	<p>Haben Sie... ... Schmerzen an Knochen oder Gelenken? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>... bereits einen Knochenbruch erlitten? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, vor _____ Monaten/Jahren Wirbelsäule <input type="checkbox"/>, Oberschenkel <input type="checkbox"/>, Unterarm <input type="checkbox"/>, andere <input type="checkbox"/> _____</p> <p>Wurde bei Ihnen eine erniedrigte Knochendichte festgestellt? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, vor _____ Monaten/Jahren</p> <p>Sind Sie kleiner als früher? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, Passgröße _____ cm, aktuelle Größe _____ cm</p> <p>Haben Sie Medikamente gegen eine Osteoporose erhalten? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> und zwar: _____ von _____ bis _____</p> <p>Haben Sie länger als 3 Monate lang Cortison erhalten? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, wann zuletzt? _____</p> <p>Leiden Sie unter Nierensteinen? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ... Epilepsie? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/></p> <p>Besteht bei Ihnen eine Sturzneigung? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, wie häufig im letzten Jahr? _____</p> <p>Ist in Ihrer Familie Osteoporose bekannt? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, wer? _____</p> <p>Aufnahme von Milchprodukten: regelmäßig <input type="checkbox"/> viel <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/></p> <p>Bewegen Sie sich sportlich? regelmäßig <input type="checkbox"/>, gelegentlich <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Setzen Sie sich der Sonne aus? oft <input type="checkbox"/>, selten <input type="checkbox"/> gar nicht <input type="checkbox"/></p> <p>Rauchen Sie? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, _____ Zigaretten pro Tag, seit _____ Jahren</p> <p>Haben Sie früher geraucht? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, über _____ Jahre _____ Zigaretten pro Tag</p> <p>Trinken Sie Alkohol? nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> wie viel? _____</p>
<p>➤ Allgemeine Fragen:</p> <p>Leiden Sie unter Allergien? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, gegen _____</p> <p>Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt? Krebserkrankung <input type="checkbox"/>, seit wann? _____ Diabetes <input type="checkbox"/>, seit wann? _____ Herzerkrankung <input type="checkbox"/>, seit wann? _____ hohes Cholesterin <input type="checkbox"/>, seit wann? _____ andere ernsthafte Erkrankung <input type="checkbox"/>, welche und seit wann? _____</p> <p>Sind in Ihrer Familie vererbliche Erkrankungen bekannt? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>, welche? _____ z. B. Osteoporose? <input type="checkbox"/> Alterszucker? <input type="checkbox"/></p> <p>Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? Wann? _____</p> <hr/> <hr/>	

Welche Medikamente nehmen Sie ein? (bitte angeben, welche mg/ μ g Sie einnehmen und wie oft Sie das Medikament einnehmen)

> **Fragen an unsere weiblichen Patienten:** ♀ (Angabe freiwillig)

Wann war der 1. Tag der letzten Periodenblutung? _____

Ist die Periode regelmäßig , unregelmäßig , Zyklusdauer weniger oder mehr als 35 Tage?

Haben Sie Zwischenblutungen? nein ja

Sind bei Ihnen Eierstockzysten bekannt? nein ja , seit wann? _____

Wenden Sie eine hormonelle Verhütungsmethode an? nein ja , welche? _____

Besteht zurzeit ein Kinderwunsch? nein ja

Besteht zurzeit eine Schwangerschaft? nein ja

Bestand bei Ihnen ein zurückliegender Schwangerschaftsdiabetes? nein ja

Wurde bei Ihnen eine künstliche Befruchtung durchgeführt? nein ja , wann? _____

Haben Sie bereits eine Fehlgeburt erlitten? nein ja , wann? _____, in der _____ Woche

Wie viele Schwangerschaften/Geburten haben Sie erlebt? _____ Wie alt sind Ihre Kinder? _____

Wie viele Monate haben Sie insgesamt gestillt pro Kind? _____ Monate

Haben Sie zurzeit Milchabsonderungen aus der Brust? nein ja , seit _____ Monaten

Ist bereits bei Ihnen die Menopause eingetreten? nein ja , in einem Alter von _____ Jahren

Ist danach eine Therapie mit weiblichen Hormonen erfolgt? nein ja , über _____ Jahre

Nehmen Sie zurzeit Hormonpräparate ein? nein ja , welche? _____

Leiden Sie unter ...

... Haarausfall

... Mehrbehaarung

... verstärkter Akne , seit wann? _____ Monaten/Jahren

... Hitzewallungen

... vermehrten Stimmungsschwankungen , seit wann? _____ Monaten/Jahren

> **Fragen an unsere männlichen Patienten:** ♂ (Angabe freiwillig)

Wie viele leibliche Kinder haben Sie? _____

Wie alt sind die Kinder? _____

Haben Sie Schwierigkeiten mit der Potenz? nein ja , seit _____ Jahren

Ist bei Ihnen ein Mangel an männlichen Hormonen festgestellt worden? nein ja , wann? _____

Leiden Sie an einer Brustvergrößerung? nein ja , seit wann? _____

Haben Sie Milchabsonderungen aus der Brust? nein ja , seit wann? _____

Welche Beschwerden führen zur Vorstellung bei uns?
