

Name _____ Vorname _____ Geb.datum _____ Alter _____

Tel. tagsüber _____ Handy _____ Fax _____

E-Mail _____

Welche Beschwerden führen zur Vorstellung bei uns?

• **Fragen zur Schilddrüse:**
 Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?
 nein ja , seit _____ Jahren
 Vergrößerung , Knoten ,
 Überfunktion , Unterfunktion
 Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenoperation oder eine
 Radiojodtherapie durchgeführt?
 ja , vor _____ Monaten/Jahren
 Gewicht: Haben Sie abgenommen?
 nein ja , _____ kg in _____ Monaten
 Haben Sie zugenommen?
 nein ja , _____ kg in _____ Monaten
 Haben Sie Herzrasen? nein ja , Puls pro Minute _____
 regelmäßig unregelmäßig
 Leiden Sie an Bluthochdruck?
 nein ja , zuletzt _____ mmHg
 Leiden Sie an niedrigem Blutdruck?
 nein ja , zuletzt _____ mmHg
 Ist Ihr Stuhlgang gehäuft?
 nein ja , wie oft am Tag? _____
 Durchfall , Verstopfung ,
 Sonstiges
 Haben Sie ein Kloßgefühl im Hals?
 nein ja
 Leiden Sie an ...
 ...Schluckbeschwerden? nein ja
 ...Händezittern? nein ja
 ...Überempfindlichkeit gegen Wärme?
 nein ja
 ...Überempfindlichkeit gegen Kälte?
 nein ja
 Sind Schilddrüsenerkrankungen in Ihrer Familie bekannt?
 nein ja ,
 welche? _____

• **Fragen zum Knochenstoffwechsel/Osteoporose:**
 Haben Sie...
 ... Schmerzen an Knochen oder Gelenken?
 nein ja
 ... bereits einen Knochenbruch erlitten?
 nein ja , vor _____ Monaten/Jahren
 Wirbelsäule , Oberschenkel ,
 Unterarm , andere _____
 Wurde bei Ihnen eine erniedrigte Knochendichte festgestellt?
 nein ja , vor _____ Monaten/Jahren
 Sind Sie kleiner als früher? nein ja ,
 Passgröße _____ cm, aktuelle Größe _____ cm
 Haben Sie Medikamente gegen eine Osteoporose erhalten?
 nein ja und zwar: _____
 von _____ bis _____
 Haben Sie länger als 3 Monate lang Cortison erhalten?
 nein ja , wann zuletzt? _____
 Leiden Sie unter ...
 ... Nierensteinen? nein ja
 ... Epilepsie? nein ja
 Besteht bei Ihnen eine Sturzneigung?
 nein ja , wie häufig im letzten Jahr? ____
 Ist in Ihrer Familie Osteoporose bekannt?
 nein ja , wer? _____
 Aufnahme von Milchprodukten:
 regelmäßig , viel , wenig
 Bewegen Sie sich sportlich?
 regelmäßig , gelegentlich , gar nicht
 Setzen Sie sich der Sonne aus?
 oft , selten , gar nicht
 Rauchen Sie? nein ja , _____ Zigaretten pro Tag,
 seit _____ Jahren
 Haben Sie früher geraucht?
 nein ja , über _____ Jahre
 _____ Zigaretten pro Tag
 Trinken Sie Alkohol?
 nein , gelegentlich , regelmäßig , wie viel? ____

• **Allgemeine Fragen:**
 Leiden Sie unter Allergien? nein ja , gegen _____
 Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?
 Krebserkrankung , seit wann? _____ Diabetes , seit wann? _____
 Herzerkrankung , seit wann? _____ hohes Cholesterin , seit wann? _____
 andere ernsthafte Erkrankung , welche und seit wann? _____
 Sind in Ihrer Familie vererbliche Erkrankungen bekannt? nein ja , welche? _____
 z. B. Osteoporose? Alterszucker?
 Welche Operationen wurden bei Ihnen durchgeführt? Wann? _____

 Welche Medikamente nehmen Sie ein? _____

• **Fragen an weibliche Patienten:** ♀

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 Eierstockszysten 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? _____ (ältere Damen bitte nur ab hier ausfüllen)

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

Leiden Sie unter ...

... Haarausfall

... Mehrbehaarung

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

... Hitzewallungen

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

Hatten Sie Episoden von ...

... Magersucht? nein ja , wann? _____

... Bulimie? nein ja , wann? _____

Fragen zusätzlich an ältere Patientinnen:

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? _____

• **Fragen an männliche Patienten:** ♂

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? _____