

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Handynummer: \_\_\_\_\_

Email-Adresse: \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

<p>(Angabe freiwillig)</p> <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"/>        ...Händezittern? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>        ...Überempfindlichkeit gegen Wärme? nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>        ...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> <p>Gewicht:        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> <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? _____</p> <p>Durchfall <input type="checkbox"/>, Verstopfung <input type="checkbox"/>, Sonstiges <input type="checkbox"/></p>	<p>(Angabe freiwillig)</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 ...</p> <p>... 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>
---	--

➤ **Allgemeine Fragen:** (Angabe freiwillig)

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? (bitte angeben, welche mg/µg 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?

---

---

---