



Passau

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

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

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? _____

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 hohem Blutdruck?
 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...

... 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? _____



Passau

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

> **Fragen an unsere weiblichen 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 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:** ♂

- 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?

Bitte wenden !!! →