



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 Bluthochdruck?
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? _____
Herzkrankung , 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? _____



--> bitte wenden

--> bitte wenden

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



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

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? _____

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? _____



Wie viele leibliche Kinder haben Sie? _____

Wie alt sind die Kinder? _____



Haben Sie Schwierigkeiten mit der Potenz?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> , seit _____ Jahren
Ist bei Ihnen ein Mangel an männlichen Hormonen festgestellt worden?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> , wann? _____
Leiden Sie an einer Brustvergrößerung?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> , seit wann? _____
Haben Sie Milchabsonderungen aus der Brust?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> , seit wann? _____

• **Fragen an diverse Patienten:**

Wie möchten Sie angesprochen werden?	Herr <input type="checkbox"/>	Frau <input type="checkbox"/>
Hatten Sie eine geschlechtsangleichende Operation?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/> , wann? _____