

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geb.datum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_

Tel. tagsüber \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_  
 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 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 Eierstocksysten 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? \_\_\_\_\_

• **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? \_\_\_\_\_