



**Datum:** \_\_\_\_\_

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

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Alter \_\_\_\_\_ ☎ tagsüber \_\_\_\_\_ ☎ abends \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

ledig  verheiratet  Beruf \_\_\_\_\_

Wer hat die Untersuchung in unserer Praxis empfohlen? \_\_\_\_\_

Wer ist Ihr Hausarzt /überweisender Arzt? \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden führen zur Vorstellung bei uns? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Fragen zur Schilddrüse**

Ist eine Schilddrüsenerkrankung bei Ihnen bekannt? nein , ja , seit \_\_\_\_\_ Jahren

Vergrößerung , Knoten , Überfunktion , Unterfunktion

Wurde bei Ihnen eine Schilddrüsenoperation  oder eine Radiojodtherapie  durchgeführt?

Wann \_\_\_\_\_

Haben Sie in den letzten 6 Monaten Kontrastmittel erhalten? nein , ja , wegen \_\_\_\_\_

Gewicht: Haben Sie abgenommen? nein , ja  \_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Monaten

Haben Sie zugenommen? nein , ja  \_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Monaten

Herzschlag zu schnell? nein , ja , Puls/min \_\_\_\_\_ unregelmäßig?

Blutdruck zu hoch? nein , ja , (zuletzt \_\_\_\_\_ mm Hg), zu niedrig  (zuletzt \_\_\_\_\_ mm Hg)

Stuhlgang gehäuft? nein , ja , wie oft/Tag \_\_\_\_\_ Durchfall  Verstopfung

Sonstiges Kloßgefühl? nein , ja , Schluckbeschwerden , Händezittern

Überempfindlichkeit gegen Wärme? , Kälte?

Gibt es Schilddrüsenerkrankungen in der Familie? nein , ja

**Fragen zum Knochenstoffwechsel/Osteoporose**

Haben Sie Schmerzen an Knochen oder Gelenken? nein , ja

Haben Sie bereits einen Knochenbruch erlitten? nein , ja , vor \_\_\_\_\_ Jahr(en)

Wirbelsäule , Oberschenkel , Unterarm , andere \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen eine erniedrigte Knochendichte festgestellt? nein , ja , vor \_\_\_\_\_ Jahren

Sind sie kleiner als früher? nein , ja , Fußgröße \_\_\_\_\_ cm, aktuelle Größe \_\_\_\_\_ cm

Haben Sie Medikamente für Osteoporose erhalten? nein , ja  und zwar:

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Haben Sie mehr als 3 Monate lang Cortison erhalten? nein , ja , wann zuletzt? \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter Nierensteinen? nein , ja

Epilepsie? nein , ja

Gibt es Osteoporose in der Familie? nein , ja , wer? \_\_\_\_\_

Aufnahme von Milch/-produkten: regelmäßig , viel , wenig

Bewegen Sie sich sportlich? häufig , selten , gar nicht

Setzen Sie sich der Sonne aus? oft , selten , wenn möglich gar nicht

Rauchen Sie zur Zeit? nein , ja , \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag, seit \_\_\_\_\_ Jahren,

Haben Sie früher geraucht? nein , ja , über \_\_\_\_\_ Jahre \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag

Trinken Sie Alkohol? regelmäßig , ab und zu , nie , wieviel? \_\_\_\_\_

**Fragen an weibliche Patienten**

Wie alt waren Sie bei der ersten Regelblutung? \_\_\_\_\_ Jahre

Wann war der erste Tag der letzten Periodenblutung? \_\_\_\_\_

Ist die Periode regelmäßig , unregelmäßig , weniger  oder mehr als 28 Tage ?Haben Sie Zwischenblutungen? nein , ja Hatten Sie Episoden von Magersucht? nein , ja , wann? \_\_\_\_\_Hatten Sie Episoden von Bulimie? nein , ja , wann? \_\_\_\_\_Besteht zur Zeit eine Schwangerschaft? nein , ja , in der \_\_\_\_\_ Woche

Wieviel Schwangerschaften/Geburten haben Sie erlebt? \_\_\_\_\_ Wie alt sind die Kinder? \_\_\_\_\_

Wieviel Monate haben Sie insgesamt gestillt? \_\_\_\_\_ Monate

Haben Sie zur Zeit Milchabsonderungen aus der Brust? nein , ja , seit \_\_\_\_\_ MonatenLeiden Sie derzeit unter Haarausfall , Mehrbehaarung , verstärkter Akne ? seit wann? \_\_\_\_\_Leiden Sie unter Hitzewallungen , vermehrten Stimmungsschwankungen ? seit \_\_\_\_\_

Wie alt waren Sie als die Periode ausblieb? \_\_\_\_\_ Jahre

Ist danach eine Therapie mit weiblichen Hormonen erfolgt? nein , ja , über \_\_\_\_\_ Jahre

Nehmen sie Hormonpräparate, wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**Fragen an männliche Patienten**

Wieviele leibliche Kinder haben Sie? \_\_\_\_\_ Wie alt sind die Kinder? \_\_\_\_\_

Haben Sie Schwierigkeiten mit der Potenz? nein , ja , seit \_\_\_\_\_ JahrenIst bei Ihnen ein Mangel an männlichem Hormon festgestellt worden? nein , ja , wann \_\_\_\_\_**Allgemeine Fragen:**

Größe \_\_\_\_\_ cm, Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Leiden Sie unter Allergien? nein , ja , gegen \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen festgestellt:

Krebserkrankungen  seit wann \_\_\_\_\_, Diabetes  seit wann \_\_\_\_\_,hoher Blutdruck  seit wann \_\_\_\_\_, koronare Herzkrankheit  seit wann \_\_\_\_\_,Epilepsie  seit wann \_\_\_\_\_, hohes Cholesterin  seit wann \_\_\_\_\_Gibt es in der Familie vererbliche Erkrankungen nein , ja , welche? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen oder in Ihrer Familie

Blutgerinnsel/Thrombose nein , ja  oder Lungenembolie nein , ja oder Brustkrebs festgestellt? nein , ja 

Hatten oder haben Sie andere ernsthafte Erkrankungen oder Operationen? Welche?

Welche Medikamente nehmen Sie: \_\_\_\_\_