

Fragebogen für Patienten

Datum _____

Name _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Tel tagsüber _____ Tel abends _____ Mobil _____

Fax _____ E-Mail _____ [] Beruf _____

Wer hat die Untersuchung in unserer Praxis empfohlen? _____

Wer ist Ihr Hausarzt /überweisender Arzt? _____

Welche Beschwerden führen Sie zu 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 [] Hände zittern

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, Paßgröße _____ 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 Mon. 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? _____

Bitte füllen Sie auch die Rückseite aus >>>

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 _____ Monaten

Leiden 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 _____ Jahren

Ist 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 folgende Erkrankung festgestellt?

Blutgerinnsel/Thrombose nein ja, Lungenembolie nein ja, Brustkrebs nein ja

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

Welche Medikamente nehmen Sie:
