

Patientenfragebogen Endokrinologie

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

(ausgeübter) Beruf:

Name/ Anschrift des Hausarztes:

Körpergewicht (kg):

Änderungen? _____

Körpergröße (cm):

Rauchen Sie? Nein, seit ___ nicht mehr Ja, ___ Zigaretten/Tag, seit ___ Jahren

Nehmen sie regelmäßig Alkohol zu sich?
Wenn ja, wie viel?

Nehmen Sie regelmäßig Milchprodukte zu sich? Ja Nein

Machen Sie regelmäßig Spaziergänge/Sport? Ja Nein

Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt und/oder haben Sie Allergien?

Welche Medikamente nehmen Sie ein (welche Dosierung)?

Nehmen Sie Biotin ein? Ja Nein

Fragen an unsere Patientinnen

(für die richtige Beurteilung einer Reihe von Hormonuntersuchungen sind diese Informationen notwendig)

Alter bei der 1. Monatsblutung? _____ Jahre

Besteht der Zyklus noch? Ja Nein, seit _____ Jahren nicht mehr.

War/ist Ihr Zyklus immer regelmäßig, mit normaler Blutungsstärke- und dauer?
 Ja Nein, Auffälligkeiten:

Anzahl von Schwangerschaften oder Fehlgeburten:

An welchem Zyklustag sind Sie heute (ab dem ersten Tag der letzten Blutung): _____ Tag

Nehmen Sie Hormone (Hormone in den Wechseljahren oder Hormone zur Verhütung) ein?
 Nein Ja

WIR DANKEN IHNEN FÜR IHRE MITARBEIT!

Alle Angaben unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und dienen nur unserer Information.
Sollten Sie bei einzelnen Fragen Probleme mit der Beantwortung gehabt haben, besprechen Sie diese mit uns!