



Patienten-Fragebogen »Hormone beim Mann«

Allgemeine Daten

Vorname E-Mail

Nachname Telefon (tagsüber)

Strasse, Hausnr. Geburtsdatum

PLZ und Ort Beruf

Termin am

Unsere Fragen an Sie

Ihre Größe? Ihr Gewicht? Ihr Alter?

Haben Sie Kinder? Ja Nein Bitte Geburtsjahr(e) angeben:

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Welche?

Nehmen Sie Medikamente? Ja Nein

Welche? Bitte geben Sie den genauen Namen, Stärke und Dosierung an:

Haben Sie Voroperationen? Ja Nein

Welche und wann (Jahr)?

Leiden oder litten Sie an ernstesten Erkrankungen? Ja Nein

Welche?

Gibt es bei Verwandten 1. Grades (Eltern, Geschwister) Gefäßerkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Ja Nein
Trombose, Demenz, arterielle Verschlusskrankheiten)?

Welche Erkrankung bei wem?

Rauchen Sie Zigaretten? Ja Nein Wie viele Zigaretten am Tag?

Leiden Sie unter einem der folgenden Symptome?

Depressionen? Ja Nein Seit wann?

Gedächtnisverlust? Ja Nein Seit wann?

Gewichtsproblemen? Ja Nein Seit wann?

Haarausfall? Ja Nein Seit wann?

Hitzewallungen? Ja Nein Seit wann?

Libidoverlust? Ja Nein Seit wann?

Schlafstörungen? Ja Nein Seit wann?

Schweißausbrüche? Ja Nein Seit wann?

Vitalitätsverlust / Antriebslosigkeit? Ja Nein Seit wann?

Welches würden Sie als das **Hauptproblem** bezeichnen?

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? Anderer Arzt Buch Bekannte Internet Podcast Radio-Werbung
 Social Media Zeitung Sonstiges: