

Patient*in		weitere Angaben	
Name, Vorname		Geb.datum	
Straße, Nr.		Größe: <input type="text"/> cm	
PLZ, Wohnort		Gewicht: <input type="text"/> kg	
Tel. privat		Tel. berufl.	
Mobil -Wichtig für Rückfragen oder Vorabinformationen-		BMI: <input type="text"/>	
E-Mail		<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> inter <input type="checkbox"/> trans - geboren: <input type="text"/> w <input type="text"/> m	
Beruf		<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Entbindungstermin: <input type="text"/>	
Krankenkasse		Grund der Abklärung? <input type="text"/>	

Seit wann bestehen Ihre führenden Beschwerden?

weniger als 6 Monate
 6-12 Monate
 mehr als 12 Monate

Haben Sie im letzten Jahr an Gewicht abgenommen?

nein ja
 Wenn ja, wieviel kg

Haben Sie im letzten Jahr an Gewicht zugenommen?

nein ja
 Wenn ja, wieviel kg

Was war Ihr Maximalgewicht?

kg

Haben Sie wissentlich eine chronische Infektion? (z.B. Tuberkulose, HIV, etc.)

nein ja
 Wenn ja, welche:

Rauchen Sie?

nein ja
 Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich:

Konsumieren Sie Drogen?

nein ja
 Wenn ja, welche:

Nehmen Sie Schmerzmittel und/oder Opiate ein? (z.B. Tilidin/ Oxycodon/ Morphin etc.)

nein ja
 Wenn ja, welche:

Haben/ hatten Sie folgende Erkrankungen:		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitusTyp1	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitusTyp2	<input type="checkbox"/> Bluthochdruck
<input type="checkbox"/> COPD	<input type="checkbox"/> Schlafapnoe	<input type="checkbox"/> Lebererkrankung
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input type="checkbox"/> Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/> Nierenerkrankung
<input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankung	<input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung	
<input type="checkbox"/> Tumorerkrankung, insbesondere:	<input type="checkbox"/> Lunge	<input type="checkbox"/> Schilddrüse
	<input type="checkbox"/> Nebenniere	<input type="checkbox"/> Bauchspeicheldrüse
	<input type="checkbox"/> Hypophyse	
Haben Sie Allergien und nehmen Sie Medikamente dagegen?		
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Wenn ja, welche:
Haben Sie Symptome wie:		
<input type="checkbox"/> Fieber/erhöhte Temperatur	<input type="checkbox"/> Hitzewallungen	<input type="checkbox"/> Nachtschweiß
<input type="checkbox"/> Schweißausbrüche (Tageszeitunabhängig)		<input type="checkbox"/> Hitzegefühl
<input type="checkbox"/> Gesichtsverfärbungen: <input type="checkbox"/> rot <input type="checkbox"/> weiß		<input type="checkbox"/> Salzhunger
<input type="checkbox"/> Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/> Durchfall	<input type="checkbox"/> Verstopfung
<input type="checkbox"/> Taubheitsgefühl	<input type="checkbox"/> Muskelkrämpfe	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen
<input type="checkbox"/> Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> Sexualstörungen	<input type="checkbox"/> Einschlaf-Störungen
<input type="checkbox"/> Durchschlaf-Störungen	<input type="checkbox"/> Haarausfall	<input type="checkbox"/> Atemnot
<input type="checkbox"/> Müdigkeit	<input type="checkbox"/> Herzrasen	<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden
<input type="checkbox"/> Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> Erschöpfungszustände	<input type="checkbox"/> Muskelschmerzen
<input type="checkbox"/> Nahrungsmittelunverträglichkeiten		<input type="checkbox"/> Niedriger Blutdruck
<input type="checkbox"/> Blutdruckentgleisungen (Spitzen)	<input type="checkbox"/> Häufige Stürze	<input type="checkbox"/> Zittern
Familienanamnese: Kommen/ kamen diese Krankheitsbilder bei Ihnen in der Familie vor?		
Wenn ja, wer: <input type="checkbox"/> Eltern <input type="checkbox"/> Geschwister <input type="checkbox"/> Kinder		
Bitte bei Kenntnis das Erkrankungsalter eintragen:		
<input type="checkbox"/> Diabetes mellitusTyp1	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitusTyp2	<input type="checkbox"/> arterielle Hypertonie
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung: <input type="checkbox"/> Überfunktion <input type="checkbox"/> Unterfunktion		<input type="checkbox"/> Adipositas (Übergewicht)

Wurden Sie schon einmal operiert?

- Schilddrüse: Teilentfernung Totalentfernung Eierstöcke (Entfernung)
 Uterus (Entfernung) Nebenniere Hypophyse
 Bauchspeicheldrüse

Welche Medikamente (inklusive Nahrungsergänzungsmitteln) nehmen Sie regelhaft ein:

Medikament	Dosis	seit wann



Wann war die erste Regelblutung?

- jünger als 10 Jahre 10-12 Jahre 12-14 Jahre
 14-16 Jahre älter als 16 Jahre

Ist Ihr Zyklus unregelmäßig?

- nein ja

Wie lange beträgt Ihre Zykluslänge (Periode-Periode)

- weniger als 24 Tage 25-34 Tage 35 Tage und länger

Waren Sie schon einmal schwanger?

- nein ja Wenn ja, wie oft:
 Wann war Ihre letzte Entbindung:

Wie alt waren Sie bei der letzten Menstruation?

- jünger als 40 Jahre 40-45 Jahre 45-50 Jahre
 50-55 Jahre älter als 55 Jahre

Nehmen Sie die „Pille“ ein oder haben Sie eine Hormonersatztherapie?

- nein ja

Blutentnahme	RR:	Puls	Datum/Uhrzeit:	Kürzel:
---------------------	-----	------	----------------	---------