



## Anamnesebogen

### Fragebogen für Patientinnen und Patienten

Datum	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Telefon / Mobil	
E-Mail	
Hausarzt / überweisender Arzt	

### Vorstellungsgrund / aktuelle Beschwerden

---

---

### Allgemeine Fragen

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

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

---

Wurde liegt Ihnen eine der folgenden Erkrankungen vor? (*endokrinologische Erkrankungen umseitig*)

] Bluthochdruck                    seit \_\_\_\_\_

] koronare Herzerkrankung    seit \_\_\_\_\_

] Epilepsie                            seit \_\_\_\_\_

] hohe Cholesterinwerte        seit \_\_\_\_\_

] Diabetes mellitus                seit \_\_\_\_\_

] Krebserkrankung                seit \_\_\_\_\_                    welche? \_\_\_\_\_

Wurde bei Ihnen oder in Ihrer Familie eine der folgenden Erkrankungen festgestellt?

] Blutgerinnsel/Thrombose     ] Lungenembolie     ] Blutungsneigung     ] Brust-/Eierstockkrebs

Gibt es in Ihrer Familie vererbliche Erkrankungen?     ] nein             ] ja, folgende: \_\_\_\_\_

---

Haben oder hatten Sie andere ernsthafte Erkrankungen oder Operationen? Wenn ja, welche?

---

---

Welche Medikamente nehmen Sie?

---

---

## Fragen zum Lebensstil

Rauchen Sie?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag seit \_\_\_\_\_ Jahren  
Haben Sie früher geraucht?  nein  ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten/Tag über \_\_\_\_\_ Jahre  
Trinken Sie Alkohol?  nein  ab und zu  regelmäßig wieviel? \_\_\_\_\_  
Treiben Sie Sport?  nein  unregelmäßig  Ja, \_\_\_\_\_ mal pro Woche  
Essen Sie Milchprodukte?  nein  wenig  viel / regelmäßig  
Setzen Sie sich der Sonne aus?  oft  ab und zu  wenn möglich gar nicht

## Fragen zur Schilddrüse

Ist bei Ihnen eine Schilddrüsenerkrankung bekannt?  nein  ja, seit \_\_\_\_\_  
 Überfunktion  Unterfunktion  Vergrößerung  Knoten  
Wurde bei Ihnen eine  Schilddrüsenoperation oder  Radiojodtherapie durchgeführt?  
Haben Sie in den letzten 6 Monaten Kontrastmittel erhalten?  nein  ja, am \_\_\_\_\_  
Haben Sie Gewicht  zugenommen oder  abgenommen \_\_\_\_\_ kg in \_\_\_\_\_ Monaten

## Fragen zum Knochenstoffwechsel / Osteoporose

Leiden Sie unter Knochen- oder Gelenkschmerzen?  nein  ja, wo \_\_\_\_\_  
Haben Sie bereits einen Knochenbruch erlitten?  nein  ja, wann \_\_\_\_\_  
 Oberschenkel  Wirbelsäule  Unterarm  andere \_\_\_\_\_  
Wurde bei Ihnen eine niedrige Knochendichte festgestellt?  nein  ja, wann \_\_\_\_\_  
Haben Sie bereits Medikamente gegen Osteoporose erhalten?  nein  ja, und zwar:  
\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
Gibt es Osteoporose in Ihrer Familie  nein  ja, bei wem? \_\_\_\_\_  
Haben Sie über mehr als 3 Monate Cortison erhalten  nein  ja, wann zuletzt? \_\_\_\_\_  
Leiden Sie unter Nierensteinen?  nein  ja

## Fragen an weibliche Patientinnen

Wann war der erste Tag der letzten Regelblutung? \_\_\_\_\_  
Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung? \_\_\_\_\_ Jahre  
Wie alt waren Sie als Ihre Periode ausblieb? \_\_\_\_\_ Jahre  
Erfolgte danach eine Hormonersatztherapie?  nein  ja, über \_\_\_\_\_ Jahre  
Besteht ein Kinderwunsch in den nächsten 12 Monaten?  nein  ja  
Besteht zurzeit eine Schwangerschaft?  nein  ja, in der \_\_\_\_\_ Woche  
Wie viele Schwangerschaften / Geburten haben Sie erlebt \_\_\_\_/\_\_\_\_ Wie alt sind Ihre Kinder? \_\_\_\_\_  
Wie viele Monate haben Sie insgesamt gestillt? \_\_\_\_\_ Monate  
Ist Ihr Zyklus  regelmäßig  unregelmäßig  kürzer  oder länger als 28 Tage?  
Treten Zwischenblutungen auf?  nein  ja, wann im Zyklus \_\_\_\_\_  
Hatten Sie Episoden von Bulimie oder Magersucht?  nein  ja, wann \_\_\_\_\_  
Leiden Sie unter  Hitzewallungen  Schlafstörungen  Stimmungsschwankungen  
 starker Akne  Mehrbehaarung  Haarausfall, seit \_\_\_\_\_

## Fragen an männliche Patienten

Wie viele leibliche Kinder haben Sie? \_\_\_\_\_ Wie alt sind Ihre Kinder? \_\_\_\_\_  
Leiden Sie unter  Erektionsstörungen  sexueller Unlust  
Ist bei Ihnen ein Mangel an männlichen Hormonen festgestellt worden?  nein  ja, wann \_\_\_\_\_