



Leiden Sie unter Übergewicht?	ja	nein
Können Sie Dinge nicht gut behalten, oder suchen Sie oft nach Worten oder Namen?	ja	nein
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?	ja	nein
Eine Schilddrüsen <b>über</b> - oder <b>-unter</b> funktion?	ja	nein
Wird diese medikamentös behandelt?	ja	nein
Haben Sie eine Autoimmunerkrankung?	ja	nein
Haben Sie weitere Erkrankungen?	ja	nein
Haben Sie bereits irgendeine Form von Krebs gehabt?	ja	nein
Haben Sie einen Herzinfarkt gehabt?	ja	nein
Haben Sie eine Osteoporose?	ja	nein
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	ja	nein
Nehmen Sie Vitamine oder Spurenelemente ein?	ja	nein
Rauchen Sie?	ja	nein
Nehmen Sie aktuell Hormone ein?	ja	nein
Haben Sie Ängste oder Befürchtungen bezüglich einer Hormontherapie?	ja	nein

Ich bedanke mich für Ihr Vertrauen, selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Sollten Fragen oder Probleme beim Ausfüllen auftreten, lassen Sie die Frage offen, und beantworten die nächsten Fragen, die ausstehenden Fragen und die Inhalte besprechen wir in der Hormonprechstunde.

**Ihre Dr. med. Suzan Hofmaier**