

Fragebogen Hormonsprechstunde Männer

Name:

Geburtsdatum:

Wie groß und schwer sind Sie heute? cm, kg

Gab es während Ihrer Jugend Anzeichen für eine hormonelle Störung? ja nein

Haben Sie leibliche Kinder? ja nein

Haben Sie eine Untersuchungen zur Abklärung der Fruchtbarkeit gemacht? ja nein

Leiden Sie unter Verlust des Kopfhaares? ja nein

Haben Sie Veränderungen an der Körperbehaarung bemerkt? ja nein

Wenn Sie eine Partnerin/Partner haben, haben Sie regelmässig Sex? ja nein

Gibt es beim Geschlechtsakt Schwierigkeiten? ja nein

Waren Sie schon einmal beim Urologen? ja nein

Haben Sie bereits eine Krebsvorsorge beim Urologen gemacht? ja nein

Liegt eine Veränderung der Prostata vor? ja nein

Wenn ja: eine gutartige Vergrößerung eine bösartige Veränderung (Krebs)

Ist die Prostata behandelt worden? operativ entfernt
bestrahlt
mit Antihormonspritzen

Haben Sie früher unter Akne gelitten? ja nein

Wenn ja, haben Sie diese medikamentös behandelt? ja nein

Leiden Sie unter starker Hautalterung? ja nein

Können Sie gut schlafen? ja nein

Wenn Sie unter Schlafstörungen leiden: Einschlafstörungen Durchschlafstörungen

Schwitzen Sie stark? ja nein

Wenn ja, nur bei Anstrengung? ja nein

Leiden Sie unter permanenter Müdigkeit? ja nein

Fühlen Sie sich stark erschöpft? ja nein

Haben oder hatten Sie schon einmal ein Burn out oder eine (Erschöpfungs-)Depression? ja nein

Fühlen Sie sich geistig fit, aber körperlich geschwächt? ja nein

Können Sie bei körperlichem Training gut Muskulatur aufbauen? ja nein

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 über - oder -unter 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