

Prof. Dr. med. W. Fenske

Direktorin der Medizinischen Klinik I

Allgem. Innere Medizin, Endokrinologie u. Diabetologie
sowie Gastroenterologie und Hepatologie

Universitätsklinikum Bergmannsheil GmbH
Bürkle-de-la-Camp-Platz 1, 44789 Bochum



Fragebogen im Rahmen der endokrinologischen Begutachtung

Liebe Patientin, lieber Patient,

bitte beantworten Sie die folgenden Fragen vor Ihrem ersten Termin in unserer Ambulanz.

Name	Vorname
Geburtsdatum	

Ihre Kontaktdaten

Adresse
Telefon
E-Mail

Persönliche Daten

Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich
------------	-----------------------------------	-----------------------------------

Gewichtsentwicklung:

aktuelles Gewicht (kg)	Körpergröße (m)
BMI (kg/m ²)	

Sind Schilddrüsenerkrankungen bei Ihnen bekannt?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – welche?
-------------------------------	---------------------------------------

Sind Ihnen Veränderungen Ihres Erscheinungsbildes (Vollmondgesicht, Stiernacken bzw. Büffelnacken, Stammfettsucht) aufgefallen?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – Welches?
-------------------------------	--

Fühlen Sie sich leicht erschöpft, adynamisch?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-----------------------------

Sind Ihnen Hautveränderungen wie dünne Haut, Akne, Furunkel oder Knorpelstreifens vor allem an der Hüfte/Bauch aufgefallen?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja –welche Veränderungen?
-------------------------------	--

Für Frauen:

Ist Ihnen ein männlicher Behaarungstyp aufgefallen?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-----------------------------

Haben Sie Zyklusstörungen?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-----------------------------

Für Männer:

Ist Ihnen aufgefallen, dass Körperzüge und/oder Behaarungstyp feminin wirken?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
-------------------------------	-----------------------------

Nehmen Sie **Medikamente** ein?

<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja – nähere Angaben in Tabelle unten
-------------------------------	---

Regelmäßige Einnahme

Medikament	Dosis	Einnahmezeit (früh/mittag/abends/spät)

