



Fragebogen für Männer

Patientendaten:

Vorname:

Straße:

Sozialversicherungsnummer:/ Kasse:

Familienstand:

Telefonnummer:

Nachname:

Ort/PLZ:

Geburtsdatum:

Beruf:

Email-Adresse:

Allgemeinanamnese:

Allergien:

Größe:

Gewicht:

Gewichtsschwankungen:

Nikotinkonsum: (Pkg oder Stk pro Tag)

Alkoholkonsum:

Regelmäßig tgl mtl
 Selten überhaupt nicht
Was trinken Sie bevorzugt?

Medikamente:

Nahrungsergänzungsmittel:

Operationen:

Frühere Erkrankungen:

Familienanamnese:

Gibt es Krankheiten oder Allergien in Ihrer Familie?

zB Heuschnupfen, Rheuma, Diabetes mellitus, Nierenerkrankungen, Lebererkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Osteoporose, Tumorerkrankungen zB Brustkrebs, Darmkrebs etc.

Erkrankungen Ihrer Mutter:

Großeltern mütterlicherseits:

Erkrankungen Ihres Vaters:

Großeltern väterlicherseits:

Anzahl der Geschwister:

Erkrankungen der Geschwister:

Miktion / Harnblase/ Niere

- Hatten/Haben Sie häufig Harnwegsinfekt? JA NEIN
Hatten/Haben Sie häufig Lippenherpes? JA NEIN
Hatten/Haben Sie Probleme mit der Prostata? JA NEIN
Hatten/Haben Sie Probleme mit der Niere JA NEIN Nierensteine? JA NEIN
Inkontinenzproblematik? JA NEIN

Defäkation / Stuhlgang

- Haben Sie Probleme beim Stuhlgang? JA NEIN
Verstopfung? JA NEIN Durchfall? JA NEIN
 Blut oder Schleim im Stuhlgang?
Leiden Sie unter Blähungen? JA NEIN
Wie oft haben Sie Stuhlgang?
Ist der Stuhlgang eher hell oder dunkel?
Gibt es in Ihrer Familie einen Fall mit Darmkrebs? JA NEIN

Schlaf:

- Schlafen Sie gut ein? JA NEIN
Schlafen Sie durch? JA NEIN
Um wie viel Uhr wachen Sie wenn auf?
Träumen Sie häufig? JA NEIN Alpträume? JA NEIN
Sind Sie am Morgen ausgeschlafen? JA NEIN
Haben Sie eine Tageszeit an der Sie regelmäßig sehr müde werden?

Sexualanamnese:

Haben Sie Lust auf Sex? JA NEIN GELEGENTLICH

Haben Sie ein Erektionsproblem? JA NEIN

Haben Sie ein Orgasmusproblem? JA NEIN

Temperaturempfinden:

Haben Sie kalte Hände oder

Füße?

Schwitzen Sie schnell? JA Nein

Wo schwitzen Sie am stärksten?

Gesicht Körper Achseln

Füße Hände

Sind Sie Links-oder Rechtshänder:

Wurden Sie umgeschult? JA Nein

Ernährung:

Wie viel Mahlzeiten essen Sie pro Tag ?

Bevorzugte Geschmacksrichtung?

süß sauer salzig bitter

scharf

Trinken Sie Kaffee?

JA NEIN Tassen pro Tag

Welche Öle/Fette verwenden Sie zum Kochen und für

Zum Anbraten:

Salatdressing?

Salatdressing:

Wie viel Fisch essen Sie? überhaupt nicht in der Woche ...

pro Monat... im Jahr ...

Wie oft essen Sie Fleisch?

Welche Fleischsorten essen Sie?

Schweinefleisch Geflügel Rind

Kalb Wild Lamm Sonstiges:

Wie oft essen Sie Brot?

tgl wtl mtl gar nicht

Wie oft essen Sie Nudeln?

tgl wtl mtl gar nicht

Verwenden Sie Sojaprodukte?

JA -> ... x pro ... NEIN

Konsumieren Sie Milchprodukte?

Butter Milch Käse Joghurt

Sonstiges:

Was und wie viel trinken Sie pro Tag?

Psychologische Anamnese:

Wie würden Sie sich selber einschätzen?

depressiv nachdenklich/grüblerisch besorgt humorvoll/lustig
 leicht reizbar gestreßt neugierig

Sonstiges:

Können Sie sich gut auf mehrere Tätigkeiten einstellen? JA NEIN

Ist Ihre Konzentration/Gedächtnis normal? JA NEIN

Hatten/Haben Sie einen Erschöpfungszustand? JA NEIN

Hatten/Haben Sie ein Mobbing Problem? JA NEIN

Wurden Sie einmal traumatisiert? JA NEIN

Hatten/Haben Sie Ängste? JA NEIN

Was für eine Form von Angst?

Existenzangst Angst vor Krankheiten
 Angst vor einer Gewalttat (Raub, Einbruch) Flugangst Platzangst
 Angst vor speziellen Tieren Angst in großen Menschenmengen

Leiden Sie unter Depressionen?

Welche Erwartungen haben Sie bezüglich der Behandlung?

Welche Ziele wollen Sie erreichen?