

ERHEBUNGSBOGEN FÜR DEN ERSTBESUCH

Am: _____



Herzlichen Dank, dass Sie mir Ihr Vertrauen schenken und sich zur Behandlung in meine Praxis begeben möchten.

Damit Ihr Erstbesuch möglichst effizient ablaufen kann, nehmen Sie sich jetzt bitte etwas Zeit. Füllen Sie diesen Fragebogen so genau wie möglich aus und bedenken Sie bitte, **alles** könnte wichtig sein!

Sie helfen mit jeder Angabe die Zeit, in der ich einen ersten Eindruck von Ihrer derzeitigen Situation gewinne, möglichst kurz zu halten.

Sollten Sie etwas nicht verstehen oder unsicher sein, lassen Sie die Frage einfach offen und wir sprechen anschließend darüber.

Ja, der Fragebogen ist durchaus umfangreich. Doch jede Antwort hilft dabei, Sie und Ihren Status möglichst rasch von „Kopf bis Fuß“ und „von innen und außen“ kennenzulernen.

TIPP: Lesen Sie alles einmal durch *bevor* Sie mit der Beantwortung beginnen.

ERKLÄRUNG ZUM DATENSCHUTZ

- JA, ich bin im direkten Zusammenhang mit meinem Behandlungsauftrag¹ mit der Speicherung und Verarbeitung dieser sensiblen (weil meine Person betreffenden) Daten einverstanden.
- Die entsprechenden Hinweise im Behandlungsvertrag und die darin integrierte Datenschutzerklärung habe ich gelesen und verstanden. Etwaige Fragen meinerseits wurden geklärt.

PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort:

Geboren am:

in:

Telefon/Handy:

eMail:

Darf ich Sie gelegentlich auch rein

informativ per eMail kontaktieren? (Bitte ankreuzen)

JA

NEIN

Familienstand: Single in Beziehung Verheiratet Geschieden Verwitwet

Hausarzt:

Weitere(r) Behandler:

Beruf:

Vor-/Schüler(in)

Jobber/Praktikant

Student(in)/Azubi

Arbeitssuchend

Angestellte(r)

Leitend angestellt

Unternehmer(in)

Freiberufler(in)

Beamtet

Familie

Rentner(in)

Wie haben Sie von mir/uns erfahren?

Aus der Familie

Von Freunden

Durch Bekannte

Durch Hörensagen

Aus der Zeitung

Per Internet

Durch Schilder

Sonstige

¹ Der Bogen „Behandlungsauftrag inkl. Datenschutzerklärung“ wird als eigenständiges Dokument bereitgestellt.



ANLASS / GRUND

Welches gesundheitliche Problem ist der Anlass für Ihren Behandlungswunsch?

Wurden/werden Sie deswegen bereits behandelt? (Wenn ja, bitte ankreuzen)

Arzt HP Physiotherapeut Osteopath Heiler sonstige

Name/Kontaktdaten - wenn Sie erlauben, dass ich diese Kolleg(inn)en ggf. auch kontaktieren darf:

Wie belastbar und leistungsfähig fühlen Sie sich derzeit, auf einer Skala von
1 (überhaupt nicht) - 10 (vollkommen)?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

MEDIKAMENTE	J	N	?
Nehmen Sie derzeit Medikamente (auch naturheilkundliche Mittel) ein?			
Welche? (Mittel die Sie dauernd benötigen bitte unterstreichen)			

ALLERGIEN / UNVERTRÄGLICHKEITEN	J	N	?
Haben Sie Allergien gegen bestimmte Medikamente? Wenn ja, welche?			
Leiden Sie allgemein unter bestimmten Allergien? Wenn ja, welche?			
Bestehen Allergien gegen bestimmte Nahrungsmittel? Wenn ja, welche?			
Bestehen Nahrungsmittelunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?			



VORERKRANKUNGEN / CHRONISCHES / OP

Bitte nennen Sie möglichst
alle schweren / chronischen Erkrankungen, an denen Sie leiden/litten:

alle Operationen (auch kosmetische) denen Sie sich unterzogen haben:

alle erlittenen Unfälle mit Verletzungen und deren Folgen:

alle sonstigen Krankhausaufenthalte mit Grund:

KRANKHEITEN

Welche Infektionskrankheiten haben Sie bereits durchgemacht?
(Bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--------------------------------------|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masern | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Windpocken |
| <input type="checkbox"/> Keuchhusten | <input type="checkbox"/> Typhus | <input type="checkbox"/> Scharlach | <input type="checkbox"/> Kinderlähmung |
| <input type="checkbox"/> Borreliose | <input type="checkbox"/> Malaria | <input type="checkbox"/> Ruhr | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Meningitis | <input type="checkbox"/> Tuberkulose | <input type="checkbox"/> Pfeiffersches Drüsenfieber (Mononukleose) | |
| <input type="checkbox"/> HIV/AIDS | <input type="checkbox"/> sonstige
(Welche:) | | |

Gegen welche Erkrankungen sind Sie geimpft? (evtl. Impfpass mitbringen)

Gibt es in Ihrer Familie mehr als 2 Personen mit bestimmten, auffälligen Krankheitsbildern?

- | | | | |
|---|---------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Herz | <input type="checkbox"/> Bluter | <input type="checkbox"/> Blutdruck | <input type="checkbox"/> Anämien / Leukämien |
| <input type="checkbox"/> Magen | <input type="checkbox"/> Darm | <input type="checkbox"/> Morbus Crohn | <input type="checkbox"/> Colitis Ulcerosa |
| <input type="checkbox"/> Nieren | <input type="checkbox"/> Hirn | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Neurodermitis |
| <input type="checkbox"/> Lunge | <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Morbus Cushing | <input type="checkbox"/> Schilddrüse |
| <input type="checkbox"/> Rheuma | <input type="checkbox"/> Psyche | <input type="checkbox"/> Alzheimer | <input type="checkbox"/> Depression |
| <input type="checkbox"/> Andere Erkrankung(en): | | | |



SELBSTEINSCHÄTZUNG - ICH BIN...

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> eher aktiv | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> eher passiv |
| <input type="checkbox"/> eher extrovertiert (offen) | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> eher introvertiert (verschlossen) |
| <input type="checkbox"/> eher optimistisch/positiv | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> eher pessimistisch/negativ |
| <input type="checkbox"/> eher zufrieden | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> eher unzufrieden |
| <input type="checkbox"/> eher glücklich | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> eher unglücklich |
| <input type="checkbox"/> eher geduldig | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> eher ungeduldig |
| <input type="checkbox"/> eher unterfordert | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> eher überfordert |
| <input type="checkbox"/> eher kreativ | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> eher unkreativ |
| <input type="checkbox"/> eher mutig | <input type="checkbox"/> ausgeglichen | <input type="checkbox"/> eher ängstlich |

ALLGEMEINE LEBENSWEISE

J N ?

	J	N	?
Körpergröße: _____ derzeitiges Gewicht: _____			
Treiben Sie regelmäßig Sport? Welchen?			
Wie oft, wie intensiv?			
Ernähren Sie sich rein vegetarisch/vegan? Seit wann?			
Nutzen Sie hierzu Ergänzungsmittel/-stoffe? Wenn ja, welche?			
Schlafen Sie regelmäßig und ausreichend? Wie viele Stunden?			
Ist Ihr Schlaf erholsam?			
Haben Sie Einschlaf- oder Durchschlafstörungen?			
Haben Sie nachts Unruhe in den Beinen?			
Sprechen Sie im Schlaf?			
Haben Sie lebhafte Träume/Alpträume?			
Leiden Sie unter nächtlichem Zähneknirschen?			
Schnarchen Sie?			
Ist Ihnen bekannt ob Sie im Schlaf Atemaussetzer haben?			
Bildet Ihr Körper bemerkbar starken Nachtschweiß?			
Haben Sie in letzter Zeit auffällig an Gewicht zugenommen?			
Haben Sie in letzter Zeit auffällig an Gewicht abgenommen?			
Sind Sie (in letzter Zeit) sehr nervös?			
Sind Sie (in letzter Zeit) sehr erschöpft?			
Leiden Sie zurzeit oder sonst öfters unter Fieber?			
Haben Sie seit kürzerer Zeit auffällig mehr Durst?			
Wie viel Flüssigkeit nehmen Sie im Durchschnitt tgl. zu sich? Ca. _____ Liter			
Über Getränke welcher Art? (auch mehrfaches ankreuzbar)			
<input type="checkbox"/> Wasser <input type="checkbox"/> Saft <input type="checkbox"/> Schorle <input type="checkbox"/> Limo			
<input type="checkbox"/> Tee <input type="checkbox"/> (teeinfrei, nur Kräuter) <input type="checkbox"/> Kaffee <input type="checkbox"/> (koffeinfrei)			
<input type="checkbox"/> Bier <input type="checkbox"/> (alk.frei) <input type="checkbox"/> Wein <input type="checkbox"/> Alkohol (leicht) <input type="checkbox"/> Alkohol (stark)			
Trinken Sie öfter alkoholische Getränke?			
<input type="checkbox"/> täglich <input type="checkbox"/> alle paar Tage <input type="checkbox"/> nur am Wochenende <input type="checkbox"/> bei Belastungen			
<input type="checkbox"/> zur Entspannung <input type="checkbox"/> einmal wöchentlich <input type="checkbox"/> ...			



	J	N	?
Rauchen Sie?			
Wenn ja, seit wann: wie viele Zigaretten tgl.:			
Haben oder hatten Sie eine Suchtproblematik? Wenn ja, sprechen Sie bitte offen mit mir auch darüber			
Leiden Sie unter inneren/seelischen Problemen?			
Wenn ja, welcher Art?			
Sind Sie deswegen in Behandlung?	J	N	?
Wenn ja, seit: bei:			

SOZIALE SITUATION	J	N	?
Haben Sie Kinder? Wenn ja, wie viele, wie alt?			
Sind Sie gut in Ihrer Familie eingebunden?			
Pflegen/betreuen Sie mehr oder weniger dauerhaft einen anderen Menschen? Wenn ja wen? Wie intensiv?			
Wann war Ihr letzter Urlaub? Wo waren Sie? Wie lange?			
War der Urlaub für Sie erholsam und schön?			
Wurden Sie im Urlaub krank? Wenn ja, was für eine Erkrankung war es?			

Was trifft auf Freunde und Bekannte zu: (passendes anstreichen oder durchstreichen)			
Ich habe <input type="checkbox"/> kaum / <input type="checkbox"/> keine echten Freunde			
Ich habe <input type="checkbox"/> kaum / <input type="checkbox"/> keine Bekannten			
Ich <input type="checkbox"/> will / <input type="checkbox"/> brauche keine Beziehungen zu anderen Menschen			
Ich habe <input type="checkbox"/> kaum / <input type="checkbox"/> keine Möglichkeiten für Kontakte, bedingt durch <input type="checkbox"/> Beziehung <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Beruf <input type="checkbox"/> wirtschaftliche Lage <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Sonstiges			
Ich habe wenigstens eine/n beste/n Freund/in			
Ich habe einen <input type="checkbox"/> kleinen / <input type="checkbox"/> großen Kreis enger guter Freunde			
Ich habe einen <input type="checkbox"/> kleinen / <input type="checkbox"/> großen Bekanntenkreis			
Ich pflege meine Verbindungen <input type="checkbox"/> aktiv / <input type="checkbox"/> kaum / <input type="checkbox"/> gar nicht			
Ich bin in <input type="checkbox"/> einem Verein / <input type="checkbox"/> mehreren Vereinen aktiv Mitglied			



Was trifft auf Ihre Wohnverhältnisse* zu:

Ich bin sehr unzufrieden/unglücklich Es geht so Ich bin sehr zufrieden

Weil:

Ich lebe

in der Stadt in der Vorstadt in der Siedlung in einem Dorf

in einer kleinen Wohnung in einer großen Wohnung

im EF-Haus im MF-Haus im Hochhaus

im Neubau im Altbau

oft/dauernd reisend im Auto im Hotel/in einer Pension

anders:

Die Wohnung/das Haus

ist neu wurde kürzlich umfassend renoviert

ist unsaniert / sehr sanierungsbedürftig

Das Raumklima

ist eher trocken (Augenbrennen usw.) ist genau richtig ist eher feucht (es gibt Schimmel!)

Das wohnliche Lebensumfeld ist aus meiner Sicht:

eher ruhig normal eher unruhig

eher sauber normal eher unsauber

eher sicher normal eher unsicher

eher gesund normal eher ungesund

eher schön normal eher hässlich

Sind Sie am Arbeitsplatz besonderen emotionalen Belastungen ausgesetzt? Wenn ja, welchen, wie intensiv und wie lange schon?	J	N	?
Sind Sie an Ihrem Arbeitsplatz bestimmten Schadstoffen ausgesetzt? Wenn ja, welchen, wie intensiv und wie lange schon?	J	N	?

**HINWEIS: Die Fragen nach den Wohnverhältnissen sind so zu verstehen, dass auch das Lebensumfeld einen starken Einfluss auf die individuelle Gesundheit haben kann. Es kann bspw. sowohl seelisch als auch körperlich aufgrund von Nachbarn, schlechter Bausubstanz oder belasteter Umwelt wirken.*



Kopfbereich	J	N	?
Leiden Sie unter Haarausfall?			
Leiden Sie unter Schwindel?			
Haben/hatten Sie gelegentliche oder häufige Ohnmachtsanfälle?			
Epileptische Anfälle?			
Kopfschmerzen?			
Gedächtnisstörungen? Wortfindungsstörungen?			
Haben Sie Probleme mit den Augen? Wenn ja, <input type="checkbox"/> Kurzsichtigkeit <input type="checkbox"/> Weitsichtigkeit <input type="checkbox"/> erhöhter Augendruck			
Haben Sie Probleme mit dem Hören?			
Ohrenschmerzen?			
Fließt manchmal Sekret aus dem Ohr?			
Haben Sie häufig oder langanhaltend Schnupfen?			
Bekommen Sie schlecht Luft durch die Nase?			
Leiden Sie häufiger an Nasenbluten?			
Haben Sie Zahnfüllungen? Wenn ja, welches Material wurde verwendet <input type="checkbox"/> Amalgam <input type="checkbox"/> Kunststoff <input type="checkbox"/> Gold <input type="checkbox"/> Keramik			
Haben Sie Zähne, die einer Wurzelbehandlung unterzogen wurden?			
Tragen Sie Zahnersatz?			
Leiden Sie unter Mundtrockenheit?			
Leiden Sie unter Herpesbläschen?			
Leiden Sie unter Aphten?			
Leiden Sie unter Zungenbrennen?			
Haben Sie sonstige Probleme im Lippen-/Mund-/Kieferbereich? Wenn ja, welche?			
Halsbereich	J	N	?
Haben Sie häufig wiederkehrende Halsschmerzen?			
Haben Sie Schmerzen beim Schlucken?			
Haben Sie Probleme beim Schlucken?			
Leiden Sie unter einem Kloßgefühl im Hals?			
Hat Ihr Halsumfang zugenommen?			
Leiden Sie unter Heiserkeit? Wenn ja, seit wann?			
Brustbereich	J	N	?
Leiden Sie unter Husten? Wenn ja, seit wann?			
Haben Sie Auswurf beim Husten? Wenn ja, Farbe des Auswurfs			
Leiden Sie unter Atemnot/Kurzatmigkeit? Wenn ja <input type="checkbox"/> Ständig <input type="checkbox"/> bereits nach leichter körperlicher Anstrengung			
Leiden Sie unter Asthma?			
Haben Sie ein Druckgefühl oder Schmerzen in der Herzgegend?			
Leiden Sie unter Herzrasen oder Herzstolpern?			
Haben Sie manchmal ein Gefühl der Enge in Ihrem Brustkorb?			
Haben Sie gelegentlich das Gefühl, dass Ihnen das Essen in im Hals steckenbleibt?			
Haben Sie Rückenschmerzen im oberen/mittleren/unteren Brustbereich?			



Bauchbereich	J	N	?
Müssen Sie häufig Aufstoßen?			
Leiden Sie unter Sodbrennen?			
Leiden Sie unter Bauchschmerzen?			
Haben Sie Magenschmerzen vor dem Essen?			
Haben Sie Magenschmerzen nach dem Essen?			
Verspüren Sie neuerdings eine Abneigung gegen Fleisch?			
Haben Sie öfters ein Verlangen nach einer bestimmten Speise? Wenn ja, wonach?			
Leiden Sie unter Übelkeit und Erbrechen?			
Leiden Sie unter Appetitlosigkeit?			
Leiden Sie öfter unter Blähungen?			
Haben Sie Probleme mit der Verdauung? Wenn ja, <input type="checkbox"/> Verstopfung <input type="checkbox"/> Durchfall <input type="checkbox"/> beides im Wechsel			
Hat Ihr Stuhl die Farbe verändert? Wenn ja, welche <input type="checkbox"/> sehr hell <input type="checkbox"/> sehr dunkel bis schwarz			
Wie ist die Beschaffenheit/Form des Stuhls? bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> hart <input type="checkbox"/> knollig <input type="checkbox"/> weich <input type="checkbox"/> schmierig <input type="checkbox"/> bleistiftdünn <input type="checkbox"/> fettig-glänzend			
Haben Sie Blut im Stuhl bemerkt?			
Leiden Sie unter Hämorrhoiden?			
Harn- und Geschlechtsorgane	J	N	?
Haben Sie Schmerzen in der Nierengegend?			
Schmerzen beim Wasserlassen?			
Ist Ihnen eine Veränderung der Harnmenge aufgefallen? Wenn ja, <input type="checkbox"/> wesentlich weniger <input type="checkbox"/> wesentlich mehr			
Ist eine Veränderung der Harnfarbe/Beschaffenheit aufgefallen? Wenn ja, <input type="checkbox"/> wasserklar <input type="checkbox"/> rötlich/rot <input type="checkbox"/> dunkel (bierbraun) <input type="checkbox"/> schaumig			
Haben Sie Blut im Urin bemerkt?			
Haben Sie häufigen Harndrang?			
Haben Sie eine Abschwächung des Harnstrahles festgestellt?			
Haben Sie Probleme den Urin willentlich zurückzuhalten?			
Müssen Sie nachts regelmäßig raus und Wasserlassen?			
Tritt ein Sekret aus der Harnröhre aus?			
Hat sich der gewohnte Geruch Ihres Urins verändert? Wenn ja, riecht er <input type="checkbox"/> süßlich <input type="checkbox"/> beißend <input type="checkbox"/> faulig <input type="checkbox"/> anders:			
Arme und Hände	J	N	?
Haben Sie steife oder geschwollene Gelenke?			
Haben Sie Schmerzen in Finger-/Hand-/Ellenbogen- oder Schultergelenk?			
Haben Sie (manchmal) Gefühlsstörungen in den Armen oder Händen?			
Schlafen Ihnen (nachts) die Hände ein?			
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen der Hände?			



Zittern Ihre Hände (manchmal)?			
Leiden Sie unter Krämpfen in den Händen?			
Haben Sie eine Verringerung der Kraft in Händen oder Armen festgestellt?			
Beine und Füße	J	N	?
Leiden Sie unter Krampfadern?			
Treten nachts Wadenkrämpfe auf?			
Haben Sie Schmerzen in Zehen-/Knöchel-/Knie- oder Hüftgelenk?			
Müssen Sie nach kurzem Gehen wegen Schmerzen stehen bleiben?			
Sind Ihre Beine oder Füße manchmal geschwollen?			
Haben Sie Gefühlsstörungen in den Beinen oder Füßen?			
Haben Sie häufig kalte Füße?			
Haut	J	N	?
Leiden Sie unter Hautveränderungen? Wenn ja, welche			
Haben Sie Narben? Wenn ja, wo			
Leiden Sie unter Juckreiz?			
Haben Sie morgens um die Augen herum Schwellungen?			
Treten in neuerer Zeit schnell blaue Flecken auf?			
Heilen bei Ihnen Hautwunden schlecht aus?			
Haben Sie Empfindungsveränderungen z.B.: heiß/kalt?			
Schwitzen Sie leicht?			
Frieren Sie schnell?			

Sollten Sie weitere nützliche Informationen rund um Ihre Gesundheit liefern können, nutzen Sie hierfür bei Bedarf einfach zusätzliche Seiten.



Zusatzbogen für Frauen

Gynäkologische Anamnese	J	N	?
Sind Sie Schwanger?			
Ist eine Schwangerschaft geplant?			
Mussten Sie schon einmal eine Schwangerschaft unterbrechen?			
Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt?			
Hatten Sie schon einmal eine Eileiterschwangerschaft?			
Liegt unerfüllter Kinderwunsch vor?			
In welchem Alter trat die erste Regelblutung auf?			
Wann hatten Sie zuletzt Ihre Regelblutung?			
Wie lange ist die Zyklusdauer?			
Wie sind die Regelblutungen? bitte ankreuzen <input type="checkbox"/> Schwach <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> sehr stark <input type="checkbox"/> mit Zwischenblutungen			
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit der Regelblutung auf?			
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit dem Eisprung auf?			
Sind Sie in den Tagen vor Ihrer Regelblutung gereizt?			
Treten vor der Regelblutung Spannungsgefühle/Schmerzen in der Brust auf?			
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche?			
Haben Sie sich einer Sterilisation unterzogen?			
Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden?			
Ist Ihre Regelblutung bereits ausgeblieben? Wenn ja, seit wann			
Wurde Ihnen die Gebärmutter entfernt?			
Wurde Ihnen ein Eierstock oder beide Eierstöcke entfernt?			
Hatten Sie schon einmal eine Hormonbehandlung?			
Tritt ein Sekret aus der Scheide?			
Sind Sie mit sich selbst speziell in Ihrer Eigenschaft als Frau zufrieden?			
Haben Sie Lust auf Sexualität?			
Können Sie ihre Sexualität auch als zufriedenstellend erleben?			
Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?			
Gehen Sie regelmäßig zum Gynäkologen?			

Sollten Sie weitere nützliche Informationen rund um Ihre Gesundheit liefern können, nutzen Sie hierfür bei Bedarf einfach zusätzliche Seiten.



Zusatzbogen für Männer

Andrologische Anamnese	J	N	?
Haben Sie generell Lust auf Sexualität? Wenn nicht, ist das für Sie <input type="checkbox"/> normal, <input type="checkbox"/> derzeit in Ordnung oder <input type="checkbox"/> eine Belastung?			
Wie stark empfinden Sie Ihre Libido? <input type="checkbox"/> Gar nicht <input type="checkbox"/> Schwach <input type="checkbox"/> Mittel <input type="checkbox"/> sehr stark <input type="checkbox"/> wechselhaft			
Können Sie Ihre Sexualität auch als zufriedenstellend erleben?			
Sind Sie mit sich selbst speziell in Ihrer Eigenschaft als Mann zufrieden?			
Sind Sie glücklich in Ihrer Beziehung?			
Ist in Ihrer Beziehung eine Schwangerschaft geplant?			
Liegt unerfüllter Kinderwunsch vor?			
Haben Sie Schmerzen oder andere Beschwerden <input type="checkbox"/> vor, <input type="checkbox"/> während und/oder <input type="checkbox"/> nach dem Geschlechtsverkehr? Wenn ja, wo und welcher Art?			
Treten Beschwerden im Zusammenhang mit dem Höhepunkt auf? Wenn ja, welcher Art?			
Erleben Sie Schmerzen oder andere Veränderungen in der Genitalregion? Wenn ja, welcher Art und seit wann?			
Nehmen Sie Verhütungsmittel? Welche?			
Haben Sie sich einer Sterilisation unterzogen? Wenn ja, wann und welcher Art?			
Leiden Sie unter Wechseljahresbeschwerden? (Stimmungsschwankungen, Konzentrationsstörungen, verstärkter Haarausfall, veränderte Lust, Gewichtsveränderungen, ...)			
Haben Sie oder hatten Sie schon einmal eine Hormonbehandlung?			
Tritt auch ohne Erregung Sekret/ Flüssigkeit aus dem Penis aus?			
Sind beim Abtasten des Penis oder der Hoden spürbare Verhärtungen oder andere Veränderungen wahrnehmbar?			
Besuchen Sie bezüglich möglicher Erkrankungen regelmäßig Ihren Arzt? (Z. Bsp.: Prostata, Hämorrhoiden, Hoden, Magen, Darm, Herz, ...)			

Sollten Sie weitere nützliche Informationen rund um Ihre Gesundheit liefern können, nutzen Sie hierfür bei Bedarf einfach zusätzliche Seiten.