

Fragebogen Hormone Mann

Lieber Patient!

welche Beschwerden haben Sie derzeit? Helfen Sie Ihre Beschwerden besser einzugrenzen und füllen Sie vor dem ersten Termin den Fragebogen vollständig aus. Senden Sie ihn bitte per Mail vor dem Termin zu.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: Vorname: Geb.-Datum:
 Strasse + Hausnr.: Postleitzahl: Ort:
 E-Mail: Tel. Festnetz: mobil:
 Selbstzahler Privatversichert Größe: Gewicht:

Allgemeiner Gesundheitszustand verschlechtert
(subjektives Gesundheitsempfinden)

ja nein

Gelenk- und Muskelbeschwerden
(Kreuz-, Gelenk-, Glieder-, Rückenschmerzen)

ja nein

Abnahme Muskelkraft
(Schwächegefühl)

ja nein

Schwitzen verstärkt, Frösteln, kalte Gliedmaßen
(unerwartete plötzliche Schweißausbrüche,
Hitzewallungen unabhängig von Belastungen)

ja nein

Schlafstörungen, Ein- oder Durchschlafstörungen,
zu frühes Erwachen, Müdigkeit tagsüber
(schlecht schlafen, Schlaflosigkeit)

ja nein

Nervosität, Reizbarkeit, Ängstlichkeit
(schnell aufgebracht über Kleinigkeiten,
innere Anspannung, Mutlosigkeit, Traurigkeit)

ja nein

Erschöpfung körperlich
(Leistungsminderung, fehlende Lust zu Unternehmungen)

ja nein

Nachlassen der Potenz, Abnahme der morgendlichen
Erektionen, Abnahme der Libido
(weniger Spaß am Sex, keine Lust auf Sexualverkehr)

ja nein

Prostatabeschwerden (Vergößerung),
Harnstrahl vermindert, unvollständige Blasenentleerung
(vermehrtes Wasserlassen)

ja nein

Appetitveränderungen, Heißhungerattacken,
Süßhunger, Gewichtszunahme
(trotz unveränderter Essgewohnheiten)

ja nein

Vielen Dank!

Ihre Naturheilpraxis Claudia Jung