

Endokrinologie Bremen

Zentrum für Endokrinologie und Stoffwechselkrankheiten

Gerold-Janssen-Str. 2A 28359 Bremen
Tel. 0421 6969300 Fax 0421 69693099
www.endokrinologie-bremen.de

1.1.3 (3) Formular
**Terminanfrage für Patienten mit
endokrinologischen Erkrankungen**

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Sie und/oder Ihr Arzt wünschen die Vorstellung in einer endokrinologischen Sprechstunde. Aufgrund der großen Anzahl von Terminanfragen bei uns füllen Sie dafür bitte gemeinsam mit Ihrer Ärztin/Ihrem Arzt diesen Fragebogen aus. Es können nur vollständig ausgefüllte, leserliche Fragebögen mit fachlich verwertbarem Inhalt bei der Terminvergabe berücksichtigt werden.

Alle angegebenen Daten werden der Datenschutzgrundverordnung (DGSVO) entsprechend verarbeitet.

Bitte bringen Sie alle relevanten Vorbefunde, Gutachten etc. zum Sprechstundentermin mit.

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift (PLZ, Ort, Straße): _____

Telefon (tagsüber erreichbar): _____ E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____

Überweisender Arzt: _____ Fachrichtung: _____

Anschrift (PLZ, Ort, Straße): _____

Telefon: _____ Fax: _____

Diagnose/n: _____

Wann wurde die Diagnose gestellt: _____

Wo/durch wen wurde die Diagnose gestellt: _____

Beschwerden: _____

Was ist das Ziel der endokrinologischen Vorstellung: _____

Waren Sie schon einmal bei einem Endokrinologen: Ja, wann: _____ Nein

Name, Anschrift: _____

Waren Sie schon einmal bei einem Nuklearmediziner? Ja, wann: _____ Nein

Name, Anschrift: _____

Laborbefunde, die die Verdachtsdiagnose begründen (bitte ggf. weitere Befunde ergänzen):

	Wert mit Einheit	Normalbereich	Datum
Hämoglobin			
Hämatokrit			
Erythrozyten			
Leukozyten			
Thrombozyten			
MCV			
Natrium			
Kalium			
Calcium			
Phosphat			
Kreatinin			
HbA1c			
TSH			
ft3			
ft4			
Parathormon			
Cortisol			
LH			
FSH			
Prolaktin			
Testosteron			
Östradiol			

Befunde bildgebender Untersuchungen (z.B. CT, MRT, Osteodensitometrie, Szintigraphie):

Weitere Angaben:

Körpergröße: _____ m, Gewicht: _____ kg, Datum der Messung: _____

Blutdruck: _____ mmHg, Puls: _____ Schläge pro Min., Tag der Messung: _____

Trifft eine der folgenden Konstellationen auf Sie zu (bitte ankreuzen):

- | | | | | |
|---|---|--|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Fettstoffwechselstörung | <input type="checkbox"/> Diabetes mellitus | | |
| <input type="checkbox"/> Übergewicht | <input type="checkbox"/> Rasche Gewichtszunahme | | | |
| <input type="checkbox"/> Untergewicht | <input type="checkbox"/> Rasche Gewichtsabnahme | | | |
| <input type="checkbox"/> Planen Sie eine OP zur Gewichtsreduktion | | | | |
| <input type="checkbox"/> Hatten Sie eine OP zur Gewichtsreduktion | | | | |
| <input type="checkbox"/> Luftnot | <input type="checkbox"/> Herzrasen | <input type="checkbox"/> Herzschmerz | <input type="checkbox"/> Leibschmerz | <input type="checkbox"/> Nachtschweiß |
| <input type="checkbox"/> Augenbeschwerden | <input type="checkbox"/> Druck hinter dem Auge | <input type="checkbox"/> Doppelbilder | <input type="checkbox"/> Gesichtsfeldausfall | |
| <input type="checkbox"/> Schlafstörungen | <input type="checkbox"/> Schwäche | <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Durchfall | <input type="checkbox"/> Verstopfung |
| <input type="checkbox"/> Depression | <input type="checkbox"/> Angststörung | | | |
| <input type="checkbox"/> Transsexualität | | | | |
| <input type="checkbox"/> Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Unerfüllter Kinderwunsch | <input type="checkbox"/> Zyklusstörungen der Frau | <input type="checkbox"/> PCO | |
| <input type="checkbox"/> Brustwachstum beim Mann | <input type="checkbox"/> Sexualstörungen | <input type="checkbox"/> sind Sie in den Wechseljahren (♀) | | |

Was möchten Sie uns noch mitteilen: _____

Praxisstempel

Datum, Unterschrift des betreuenden Arztes

Bitte senden Sie den Fragebogen per **Fax** an: **0421-69693099** oder
per **Post** an: **Endokrinologie Bremen, Gerold-Janssen Str. 2a, 28359 Bremen**
(Per E-Mail übersandte Fragebögen werden aus Sicherheitsgründen automatisch gelöscht und
können daher nicht berücksichtigt werden.)

Interne Vermerke