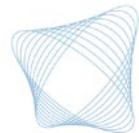


Name, Vorname:

Geburtsdatum:



Endokrines
Zentrum
Stuttgart

Anlass der Vorstellung, aktuelle Beschwerden:

Vorerkrankungen (ggf. Befunde beifügen):

Medikamente, bitte mit Angabe des Einnahmezeitpunkts, z.B. morgens und abends

Weitere Angaben:

Gewicht: _____ kg	Trinkmenge: ca. _____ Liter/Tag
Größe: _____ cm	Nächtliches Wasserlassen: O ja, wie oft: _____ O nein
Nikotin: O ja O nein O nicht mehr seit _____	Bei Frauen Angaben zur Menstruation: Alter bei erstem Auftreten: _____ Jahre 1. Tag der letzten Periode: _____ Zyklusdauer (Tag 1 bis zum nächsten Zyklus): _____ Tage
Alkohol:	

Allergien:

Ernährung (Milchprodukte, vegetarisch, vegan, halal, usw.):

Familienstand:

Beruf:

Erkrankungen in der Familie (Schilddrüse, Tumore, Bluthochdruck, Osteoporose, etc):

Weitere regelmäßig betreuende Ärzte (hausärztlich, diabetologisch, onkologisch, etc):

Ergänzende Informationen:

Datum der Vorstellung: _____