

Anamnesebogen

Trans M → F , F → M



Name _____ Vorname _____	RR	GW	BMI
Geb.Datum _____ Alter _____ J.	Puls	Größe	Akt. Datum
Beruf _____	Hausarzt:		
	Facharzt:		

Derzeitige Medikamente (wenn möglich Liste beifügen):

Name: _____	Dosis _____
Name: _____	Dosis _____
Name: _____	Dosis _____
Name: _____	Dosis _____
Name: _____	Dosis _____
Name: _____	Dosis _____

Beschwerden:

Z.n. OP	Ja/nein		Hormontherapie seit		
Ø Beschwerden	↑ Gewicht	↓ Gewicht	↑ Puls	Libidoverlust	Müde
Abgeschlagenheit	Frieren	Trockene Haut	Schwitzen	Depression	Nervosität
Alopecia	Hirsutismus	Innere Unruhe	Insomnie	Fehlende Brustentwicklung	Akne

Diagnosen :

Erste Vorstellung in unserer Praxis ? Ja/Nein... Wenn nein, letzte Vorstellung am _____

Nebido alle _____ Wo	Cyproteronacetat _____ mg/Tag		
Testogel			
	Estradiol _____ x 2 mg Tbl		

Proc.: weiter so O

Neu: _____

Durchgeführte Diagnostik: SD-So, SD-Sz, DXA,Rö,MRT,CT, BE basal, Höpner, Tests: _____

WV	1	6	2	3	4	5	9
	Jahre	Mon	Wo	1,5	12	24	10