

**Intakeformular – Abklärung eines möglichen Testosteronmangels**

Bitte nehmen Sie sich einen Moment Zeit, um dieses Formular sorgfältig auszufüllen. Ihre Angaben helfen uns, Ihre Symptome besser einzuordnen und eine gezielte Diagnostik vorzubereiten. Alle Informationen werden streng vertraulich behandelt.

**Persönliche Angaben**

**Name:**  
**Geburtsdatum:**  
**Adresse:**  
**Telefonnummer:**  
**E-Mail-Adresse:**

**Medizinischer Hintergrund**

**Bestehen derzeit Beschwerden oder Symptome?**  
*(Mehrfachnennungen möglich)*

[ ] Antriebslosigkeit, Erschöpfung

[ ] Libidoverlust

[ ] Erektionsstörungen

[ ] Konzentrationsprobleme

[ ] Stimmungsschwankungen oder depressive Verstimmungen

[ ] Nachlassende Muskelkraft oder Muskelmasse

[ ] Zunahme des Bauchfetts

[ ] Nachlassende Muskelkraft oder Muskelmasse

[ ] Zunahme des Bauchfetts

[ ] Erektionsstörungen

[ ] Knochenschmerzen oder -brüche

**Seit wann bestehen die Beschwerden?**

**Sind bekannte Erkrankungen oder chronische Beschwerden vorhanden?**  
*(z. B. Diabetes, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankungen, Depression)*

**Nehmen Sie aktuell Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?**  
*(Bitte ggf. mit Dosierung)*

**Lebensstil & Risikofaktoren**

**Wie häufig treiben Sie Sport?**  
[ ] Nie [ ] 1–2x/Woche [ ] 3–4x/Woche [ ] >4x/Woche

**Rauchen Sie?**  
[ ] [ ] Nein [ ] Gelegentlich [ ] Täglich

**Wie hoch schätzen Sie Ihr aktuelles Stressniveau ein?**  
Skala 1 (sehr gering) bis 10 (sehr hoch): \_\_\_\_\_\_\_

**Gab es in letzter Zeit einschneidende Lebensereignisse?**  
*(z. B. Jobverlust, Trennung, Trauerfall)*

**Ziele und Erwartungen**

**Was möchten Sie mit der Abklärung erreichen?**

**Gab es bereits Hormonuntersuchungen in der Vergangenheit? Wenn ja, wann und mit welchem Ergebnis?**

**Datum & Unterschrift:**

Ort, Datum        Unterschrift Patient/in