

**Intakeformular – Abklärung eines möglichen Testosteronmangels**

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

**Persönliche Angaben**

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

**Anwendung anaboler Substanzen**

**Haben Sie aktuell oder in der Vergangenheit anabole Steroide verwendet?**  
[ ] [ ] Ja  [ ] [ ] Nein  [ ] Nur in der Vergangenheit

**Welche Substanzen wurden eingenommen?**  
*(z. B. Testosteron, Trenbolon, Nandrolon, Oxandrolon, Winstrol etc.)*

**In welchen Dosierungen und über welchen Zeitraum (Zyklen, Dauer)?**

**Gab es Phasen ohne Einnahme? Wenn ja, wie lang?**

**Wurde eine Post-Cycle-Therapie (PCT) durchgeführt?**  
[ ] [ ] Ja [ ] [ ] Nein [ ] [ ] Teilweise

**Gesundheitliche Aspekte**

**Gibt es derzeit gesundheitliche Beschwerden?**  
*(z. B. Müdigkeit, Libidoverlust, Akne, Stimmungsschwankungen, Blutdruckprobleme)*

**Gab es in der Vergangenheit auffällige Laborwerte oder Diagnosen?**  
*(z. B. Leberwerte, Cholesterin, Hormonstatus, Testosteron, LH, FSH)*

**Nehmen Sie derzeit weitere Medikamente oder Supplements ein?**  
[ ] [ ] Ja  [ ] [ ] Nein  
Wenn ja: Welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Trainings- & Lebensstil**

**Wie oft trainieren Sie pro Woche?**  
[ ] 1–2x [ ] 3–4x [ ] >5x

**Ernährungsform:**  
[ ] Mischkost [ ] Low Carb [ ] Vegan [ ] Hochkalorisch [ ] Sonstige: \_\_\_\_\_\_

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

**Alkoholkonsum:**  
[ ] Nie [ ] Gelegentlich [ ] Regelmäßig

**Ziele der medizinischen Begleitung**

Was wünschen Sie sich von der ärztlichen Betreuung?  
(z. B. Gesundheit überwachen, Nebenwirkungen erkennen, Ausstieg begleiten)

**Datum & Unterschrift:**

Ort, Datum        Unterschrift Patient/in