

Anamnesebogen Erektile Dysfunktion

Name:

Alter:

Liegen bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen vor?

<input type="checkbox"/>	Bluthochdruck	seit:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Diabetes (Zucker)	seit:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Erhöhte Blutfette	seit:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Angina pectoris	seit:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Herzinfarkt	im Jahr:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Arterienverengung	seit:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Niereninsuffizienz	seit:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Geschlechtskrankheiten	wenn ja, welche?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Neurologische Erkrankungen	wenn ja, welche?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Hormonstörungen	wenn ja, welche?	<input type="text"/>

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

Rauchen Sie? nein ja

Anzahl der Zigaretten pro Tag _____

Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja

Operationen: _____
