

Zur Vorbereitung

Anamnese zur Erektile Dysfunktion

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Vorname: _____ Alter: _____

E-Mail: _____ Größe: _____ cm

Urologe : _____ Gewicht: _____ kg

Sportliche Aktivitäten?

nein ja, wenn ja, welche? _____

Allergien / Medikamentenunverträglichkeiten ?

nein ja, wenn ja, welche? _____

Dauermedikation oder Nahrungsergänzungsmittel?

nein ja, wenn ja, welche? _____

Nebendiagnosen?

nein ja, wenn ja, welche? _____

Bisherige Therapiemaßnahmen	Ja	Nein	Wann
PDE-5 Inhibitoren			
Harnröhrengelle (MUSE / Vitaros)			
SKAT			
Vakuumpumpe			

Laborparameter	Wert	Wann
Testosteron		
Glukose (HbA 1c)		
Cholesterin		
Prolaktin		
Nüchternblutzucker		
Schilddrüsenwert (TSH)		