



Zusatzfragen zur Anamnese bei Erektile Dysfunktion

Zur Vorbereitung Ihrer Therapie

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

E-Mail: _____ Größe: _____ cm

Urolog:in: _____ 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:

PDE-5 Inhibitoren: Nein Ja Wann: _____

Harnröhrengel (MUSE / Vitaros): Nein Ja Wann: _____

SKAT: Nein Ja Wann: _____

Vakuumpumpe: Nein Ja Wann: _____

Laborparameter	Wert	Wann
Testosteron		
Glukose (HbA 1c)		
Cholesterin		

Laborparameter	Wert	Wann
Prolaktin		
Nüchternblutzucker		
Schilddrüsenwert (TSH)		