

Fragebogen PCO / Insulinresistenz

Ihre Person

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Beruf _____

Wer ist Ihre Gynäkologin, Ihr Gynäkologe? _____

Haben Sie Kinder? _____

Was führt Sie zu uns?

_____ Kinderwunsch

_____ Wunsch nach Gewichtsabnahme

_____ Zyklusstörungen

Ihre Gesundheit

Wurde bei Ihnen ein sogenanntes PCO-Syndrom festgestellt? _____

Wurde bei Ihnen schon einmal

ein HOMA-Index bestimmt? _____

ein HbA1c-Wert bestimmt? _____

ein Zuckerbelastungstest durchgeführt? _____

Wann war Ihre erste Monatsblutung? (Lebensalter) _____

Ist Ihr Zyklus regelmäßig? _____

Fragebogen PCO / Insulinresistenz



Dr. med. Ulrike Brockmann
Diabetologische Schwerpunktpraxis

Sind Ihnen folgende Veränderungen aufgefallen:

_____ Veränderung der Haut

_____ Haarausfall

_____ vermehrte Körperbehaarung

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit?

Wie viel und welchen Sport betreiben Sie pro Woche?

Rauchen Sie? Wie viel?
