

Finasterid-Fragebogen

Name:.....

Vorname:.....

Geburtsdatum:.....

Adresse:.....
.....

Tel.-Nr.:.....

Email:.....

Krankenkasse:.....

Anschrift:.....VS-Nr:.....

Welches Arzneimittel mit dem Wirkstoff Finasterid haben Sie eingenommen?

.....
.....

Pharmazeutischer Unternehmer/Hersteller:.....

.....

Von wann bis wann haben Sie das Arzneimittel eingenommen?

.....
.....
.....

In welcher Dosis?

.....
.....

Sind die Verschreibungen dokumentiert? ja nein

Falls ja, durch wen (Arzt, Name, Anschrift):.....
.....

Rezepte über die Krankenkassen? ja nein

Privatrezepte noch vorhanden ja nein

Falls nein, Zeugen? Name, Adresse etc.:.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Welcher Arzt/ welche Ärzte haben Ihnen das Arzneimittel verschrieben?

Name/Praxis- Adresse:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Welche Symptome sind bei Ihnen aufgetreten,

Sexuell

Erektion

Erektile Dysfunktion ja nein

Verlust von nächtlichen, morgendlichen Spontanerektionen ja nein

Sexuelles Verlangen

Gänzlicher Libidoverlust oder verringerte Libido ja nein

Keine Reaktion auf sexuelle Reize ja nein

Sperma und Orgasmus

Verringerter und/oder wässriger Samenerguss ja nein

Anorgasmie (Orgasmus wird gar nicht oder nur
sehr schwach wahrgenommen) ja nein

Penis, Hoden, Prostata

Schmerzen im Penis, Hoden, Prostata ja nein

Kein Gefühl im Penis, Hodensack ja nein

Veränderte Penisstruktur ja nein

Kalter Penis, kalter Hodensack ja nein

Penisschrumpfung, Hodenschrumpfung ja nein

Fibrose im Penis, Peyronie-Krankheit
(Verkrümmung des Penis) ja nein

Prostataprobleme

ja nein

Mental und kognitiv

Psyche

Starke Depressionen und Suizidgedanken

ja nein

Angst- und Panikattacken

ja nein

Anhedonie (keine Freude, Gleichgültigkeit)

ja nein

Starke Stimmungsschwankungen

ja nein

**Fatigue (abnormale Müdigkeit), Lustlosigkeit,
fehlende Motivation**

ja nein

Kognitiv

**Brainfog (Gefühl, die Welt durch einen Nebel
wahrzunehmen, Nichtpräsenz**

ja nein

Probleme mit dem Kurz- und/oder

ja nein

Langzeitgedächtnis

ja nein

Verlangsamte Denkprozesse, Unfähigkeit, logische

Schlüsse zu ziehen, starke Konzentrationsstörungen,

ja nein

Unfähigkeit, gelesene Texte zu begreifen

ja nein

Verwirrtheit

ja nein

**Veränderte Sicht (unscharfes Bild, Kontrast- und
Farbveränderungen)**

ja nein

Schlaf

massive Schlafstörungen (Schlaflosigkeit, häufiges Aufwachen, kein erholsamer Schlaf, verfrühtes Aufwachen, keine Träume) ja nein

Weitere Symptome

Kopfschmerzen ja nein
Tinnitus ja nein

Physisch, Muskeln, Gelenke

Schmerzen in Muskeln und Gelenken ja nein
Muskelatrophie, Muskelschwäche, Muskelaufbau nicht möglich ja nein
Muskelzuckungen an verschiedenen Körperstellen ja nein

Haut, Haare

Sehr trockene Haut und Haare (verminderte Fett- und Sebumbildung) ja nein
Dünnere werdende Haut ja nein
Rückgang der Körperbehaarung (Ausfall der Haare an den Waden, verminderte Schambehaarung) ja nein
Verlangsamter und wenig dichter Bartwuchs ja nein
Haarausfall auf dem Kopf gestoppt ja nein

Haarausfall auf dem Kopf beschleunigt ja nein

Unpigmentierte (farblos, weiß) Skrotum-, Scham-, Bart-,
Kopfhaare, Augenbrauen ja nein

Metabolismus

Veränderte Verdauung ja nein

Vermehrte Einlagerung von Körperfett ja nein

Gewichtszunahme oder – ja nein

verlust ja nein

Verringerte Körpertemperatur ja nein

Vermehrtes oder vermindertes Schwitzen ja nein

Palpitationen (Herzklopfen), insbesondere nach der
Einnahme von Zucker oder kohlenhydratreicher Nahrung,
z.B. Nudeln, Reis, Teigware ja nein

Weitere Symptome

Gynäkomastie (Vergrößerung der Brustdrüse beim Mann) ja nein

Häufiges Wasserlassen und/oder Nachtröpfeln ja nein

Deutlicher Rückgang oder Verstärkung des Körpergeruchs ja nein

Schmerzen in der Brust ja nein

Veränderungen des Gesichts (eingefallenen Augen,
Verlust des subkutanen Fettes) ja nein

Rückbildung des Perineums ja nein

Sonstige Symptome

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Wann sind diese Symptome bei Ihnen aufgetreten?

Während der Einnahme:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Nach Absetzen von Finasterid:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

**Bitte fügen Sie eine Liste der Ärzte bei, die die Symptome behandelt haben
(etwa Urologen, Psychiater, Neurologen etc.)**

8

**Wann haben Sie wie davon erfahren, dass das Arzneimittel Ursache der
Symptome sein kann?**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Von RA auszufüllen: mögliche Verjähmung: