

Fragebogen zu Ihren Hormonbeschwerden

Liebe Patientin,

zur Vorbereitung Ihres Termins beantworten Sie bitte – soweit möglich – die nachfolgenden Fragen. Vielen Dank für Ihre Mühe!

Ihr Name: Ihr Geburtsdatum:

Ihre Körpergröße: cm Ihr Gewicht: kg

Hatten Sie bislang ernsthafte Erkrankungen? Ja Nein

Wenn ja: Welche?

Hatten Sie Operationen? Ja Nein

Wenn ja welche und in welchem Jahr?

Wurden Sie stationär in einem Krankenhaus behandelt?

Wenn ja: wann und weswegen?

Leiden Sie unter? Ja Nein

Bluthochdruck Ja Nein

Zuckerkrankheit Ja Nein

Erhöhte Fettwerte Ja Nein

Lebererkrankungen Ja Nein

Migräne Ja Nein

Osteoporose Ja Nein

Herzinfarkt Ja Nein

Schlaganfall Ja Nein

Thrombose Ja Nein

Brustkrebs Ja Nein

Gebärmutterkrebs Ja Nein

Andere Erkrankungen:

Rauchen Sie? Ja Nein

Treiben Sie regelmäßig Sport? Ja Nein

Haben Sie Allergien? Nein Ja, gegen

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung?

Gibt es in Ihrer Familie Brustkrebs? Ja Nein

Osteoporose? Ja Nein

Neigung zu Thrombosen/Blutgerinnseln? Ja Nein

Sonstige erwähnenswerte Erkrankungen:

Haben Sie Kinder? Ja Nein

Wenn ja geben Sie an, in welchem Jahr Ihre Kinder geboren sind und ob die Kinder vaginal oder per Kaiserschnitt entbunden wurden:

.....

Hatten Sie Fehlgeburten? Wenn ja, bitte geben Sie das Jahr und die ungefähre Dauer der Schwangerschaft an:

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Periode? Jahre

Haben Sie noch Periodenblutungen? Ja Nein

Wenn ja:

Wann hat Ihre letzte Periodenblutung begonnen (erster stärkerer Tag)?

Sind Ihre Perioden meistens regelmäßig? Ja Nein

Alle wieviel Wochen? Für wieviel Tage?

Wie ist die Blutungsstärke? sehr stark stark mittel leicht

Sind die Perioden üblicherweise schmerzhaft? Ja Nein

Haben Sie Beschwerden an den Tagen vor der Periode? Ja Nein

Wenn nein:

Seit wann nicht mehr?

Waren Ihre Perioden meistens regelmäßig? Ja Nein

Alle wieviel Wochen?

Für wieviel Tage?

Wie war die Blutungsstärke? sehr stark stark mittel leicht

Waren die Perioden üblicherweise schmerzhaft? Ja Nein

Nehmen Sie Zur Zeit Präparate mit weiblichen Hormonen ein? Ja Nein

Wenn ja: Welche?

Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein?

Wurden bei Ihnen in letzter Zeit Hormonuntersuchungen vorgenommen? Ja Nein

Bitte legen Sie nach Möglichkeit Befundkopien (auch Schilddrüsenwertel) bei der Rücksendung des Fragebogens bei.

Ich leide unter

Hitzewallungen, Schwitzen Nein leicht mittel stark

Nächtliches Schwitzen Nein leicht mittel stark

Schlafstörungen Nein leicht mittel stark

Depressive Verstimmungen, Stimmungsschwankungen, Mutlosigkeit, Traurigkeit, Antriebslosigkeit

Nein leicht mittel stark

Reizbarkeit, Nervosität, Aggressivität Nein leicht mittel stark

Minderung der Leistungsfähigkeit Nein leicht mittel stark

Minderung der Gedächtnisleistung, Konzentrationsschwäche Nein leicht mittel stark

Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Aktivität und Befriedigung

Nein leicht mittel stark

Trockenheit der Scheide Nein leicht mittel stark

Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang

Nein leicht mittel stark

Brustspannen/-schmerzen Nein leicht mittel stark

Gelenk- und Muskelbeschwerden Nein leicht mittel stark

Ungewöhnliche Gewichtszunahme Nein leicht mittel stark

Gefühl des Aufgeblähtheits Nein leicht mittel stark

Verstärkter Haarausfall Nein leicht mittel stark

Hautunreinheiten Nein leicht mittel stark

Migräneneigung Nein leicht mittel stark

Wichtigste Gründe für Ihren Besuch: