

## 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

Zuckerkrankheit?  Ja  Nein

Schlaganfälle?  Ja  Nein

Herzinfarkte?  Ja  Nein

Darmkrebs?  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? O Ja O Nein

**Wenn ja:**

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

Sind Ihre Perioden meistens regelmäßig? O Ja O Nein

Alle wieviel Wochen? ..... Für wieviel Tage? .....

Wie ist die Blutungsstärke? O sehr stark O stark O mittel O leicht

Sind die Perioden üblicherweise schmerzhaft? O Ja O Nein

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

**Wenn nein:**

Seit wann nicht mehr? .....

Waren Ihre Perioden meistens regelmäßig? O Ja O Nein

Alle wieviel Wochen? .....

Für wieviel Tage? .....

Wie war die Blutungsstärke? O sehr stark O stark O mittel O leicht

Waren die Perioden üblicherweise schmerzhaft? O Ja O Nein

Nehmen Sie zur Zeit Präparate mit weiblichen Hormonen ein? O Ja O Nein

Wenn ja: Welche? .....

Welche anderen Medikamente nehmen Sie ein? .....

Wurden bei Ihnen in letzter Zeit Hormonuntersuchungen vorgenommen? O Ja O Nein

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

Bitte kreuzen Sie Ihre aktuellen Beschwerden an und vermerken Sie in der rechten Spalte, bei welchen Ihnen eine Behandlung besonders wichtig ist:

					besonders wichtig
Hitzewallungen, Schwitzen	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Nächtliches Schwitzen	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Depressive Verstimmungen, Stimmungsschwankungen, Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Angstzustände	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit, Nervosität, Aggressivität	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Minderung der Leistungsfähigkeit	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Minderung der Gedächtnisleistung, Konzentrationsschwäche	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Aktivität und Befriedigung	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Trockenheit der Scheide	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Brustspannen/-schmerzen	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Gelenk- und Muskelbeschwerden	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Ungewöhnliche Gewichtszunahme	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Gefühl des Aufgeblähtheits	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Verstärkter Haarausfall	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Hautunreinheiten	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>
Migräneneigung	O Nein	O leicht	O mittel	O stark	<input type="checkbox"/>

Wichtigste Gründe für Ihren Besuch: .....