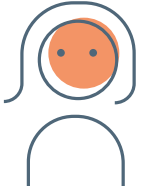




Fragebogen

Hormonsprechstunde



Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

Beruf _____

Tel. privat _____ mobil _____

E-Mail Adresse _____

Wer ist Ihr Hausarzt? _____

Wer ist Ihr Gynäkologe? _____



Grund der Vorstellung



Zyklus- und Hormonanalyse

Wie alt waren Sie zu Beginn der monatlichen Blutungen? _____ Jahre

Wann hat bei Ihnen die Brustentwicklung eingesetzt? Mit _____ Jahren

Wann hat bei Ihnen die Entwicklung der Scham-/Achselbehaarung eingesetzt?

Mit _____ Jahren.

Wie regelmäßig waren Ihre monatlichen Blutungen in den ersten Jahren nach Beginn der Blutung? Rhythmus zwischen _____ und _____ Tagen/Wochen/Monaten.

Wie regelmäßig sind Ihre monatlichen Blutungen aktuell? _____

Haben Sie die Antibabypille eingenommen? Nein _____ Ja _____

Wenn ja, wann zuletzt? _____

Haben Sie mit der Spirale verhütet? Nein _____ Ja _____

Wenn ja, wie lange? Von _____ bis _____

Haben Sie an den Tagen vor Einsetzen der Regel folgende Symptome?

	nein	leicht	mittel	stark
Brustspannen/empfindliche Brustwarzen				
Blähbauch, Völlegefühl				
Neigung zur Niedergeschlagenheit (Depression)				
Neigung zu aggressivem Verhalten				
Migräne				
Gewichtszunahme				
Morgendliche Schwellung von Händen, Füßen, Gesicht				
Neigung zu Akne, falls ja, wie lange schon				
Schmerzen während der Periode				
Sonstige				

Anmerkungen _____

Sind Sie von einigen der folgenden Beschwerden besonders betroffen?

	nein	leicht	mittel	stark	Anmerkungen
Hitzewallungen/Schweißausbrüche					_____
Fleckige Hautrötungen					_____
Nächtliche Unruhe/Schlaflosigkeit					_____
Herzklopfen					_____
Trockene Scheide					_____
Müdigkeit/Leistungsabfall					_____
Reizbarkeit/Nervosität					_____
Ängstlichkeit/Depressionen					_____

Anmerkungen _____

Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft und Stillperiode, Abgang von Flüssigkeit aus Ihrer Brust bemerkt? Nein Ja
 Falls ja, seit Monaten/Jahren einseitig beidseitig
 Farbe

Ist bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht worden? Nein Ja
 Wenn ja, durch Bluttest durch Röntgen/Ultraschall
 Nehmen Sie oder haben Sie Medikamente für die Schilddrüse eingenommen?
 Nein Ja
 Wenn ja, welche?

Haben Sie eine Zunahme der Körperbehaarung bemerkt?
 Nein Ja Falls ja, seit wann?

Leiden Sie unter verstärktem Haarausfall?
 Nein Ja Falls ja, seit wann?

Leiden Sie unter Akne?
 Nein Ja Falls ja, seit wann?



Allgemeine Anamnese

Waren Sie bereits schwanger? Nein Ja Wenn ja, bitte ausfüllen:

Jahr	natürliche Geburt	Kaiserschnitt	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiter-schwanger-schaft	In dieser Partnerschaft	nach Kinder-wunsch-behandlung
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Haben Sie Erkrankungen an

Herz ___ Kreislauf ___ Nieren ___ Leber ___ Lunge ___ Psyche ___
Infektionen (z.B. Hepatitis, HIV) ___ andere ___

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Nein ___ Ja ___ Falls ja, welche?

Hatten Sie Operationen? Nein ___ Ja ___ Falls ja, welche und wann?

Gewicht ___ kg Größe ___ m BMI ___

Haben Sie Allergien? Nein ___ Ja ___ Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

Nein ___ Ja ___ Falls ja, wieviel? ___ Zig./Tag

Trinken Sie Alkohol?

nie ___ selten ___ gelegentlich ___ regelmäßig ___