

Anamnesebogen Hormonsprechstunde Frauen

Liebe Patientin,

Herzlich Willkommen in unserer Hormonsprechstunde! Bitte füllen Sie ganz in Ruhe den Fragebogen aus und geben diesen vor der Beratung am Empfang ab. Dieser Fragebogen dient dazu, Sie für den ersten Beginn ein wenig besser kennenzulernen. Einige Fragen sind für Sie vielleicht ungewohnt, eventuell auch unangenehm oder auch indiskret, aber all diese Fragen sind tatsächlich sehr wichtig. Vielen Dank für Ihr Verständnis! Und natürlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt.

ZUNAME	VORNAME	
GEBURTSDATUM		
ANSCHRIFT		
EMAIL		
TELEFON	MOBIL	
VERSICHERUNG	BERUF	
FAMILIENSTAND BZW. PARTNERSCHAFT		
KINDER	ANZAHL	ALTER

Ihre Hobbies, bzw. was macht Ihnen Freude?

--

Was ist Hauptanliegen an unsere Hormonsprechstunde?

--

Welche Beschwerden haben Sie ? z. B. Müdigkeit, Schlafstörungen, Osteoporose, Haarausfall, trockene Schleimhäute, Faltenbildung, Gewichtszunahme, Libidoverlust, körperliche Veränderungen	
Fühlen Sie sich im Allgemeinen gesund und leistungsfähig?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Wie ist Ihr Schlaf? Bewertung nach Schulnoten:	<input type="checkbox"/> 1 / <input type="checkbox"/> 2 / <input type="checkbox"/> 3 / <input type="checkbox"/> 4 / <input type="checkbox"/> 5
Besteht ein Einschlaf- und/oder eine Durchschlafstörung?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein

Haben Sie manchmal/oft/immer ein wenig/viel/ extrem viel Stress in Ihrem Leben?	<input type="checkbox"/> manchmal / <input type="checkbox"/> oft / <input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> wenig / <input type="checkbox"/> viel / <input type="checkbox"/> extrem viel
Bewertung Stress von 1 bis 5. Die Zahl 1 entspricht wenig Stress, 5 entspricht extremer Stress	<input type="checkbox"/> 1 / <input type="checkbox"/> 2 / <input type="checkbox"/> 3 / <input type="checkbox"/> 4 / <input type="checkbox"/> 5
Wie ist Ihr derzeitiger Gemütszustand der letzten Monate? (Bitte Punkteangabe aus der Skala von 1 Punkt = sehr gut bis 10 Punkte = sehr schlecht)	<input type="checkbox"/> 1 / <input type="checkbox"/> 2 / <input type="checkbox"/> 3 / <input type="checkbox"/> 4 / <input type="checkbox"/> 5 / <input type="checkbox"/> 6 / <input type="checkbox"/> 7 / <input type="checkbox"/> 8 / <input type="checkbox"/> 9 / <input type="checkbox"/> 10
Sind Sie schneller erschöpft und weniger belastungsfähig als vor Jahren?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie öfters gereizt?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie derzeit im Allgemeinen glücklich?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Sind Sie mit Ihrer Sexualität zufrieden und glücklich?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Ist Ihnen oft kalt oder fühlen Sie sich manchmal sehr müde?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Setzen Sie bereits Hormonpräparate ein ? (z. B. Pille, Hormonspirale, Hormoncremes, Schilddrüsenmedikamente, Haarwasser, ...)	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche?

ERKRANKUNGEN (früher oder aktuell) :

<input type="checkbox"/> KEINE	<input type="checkbox"/> Schilddrüse	<input type="checkbox"/> Migräne ohne/ mit Aura
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Asthma	<input type="checkbox"/> Depressionen
<input type="checkbox"/> Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Darmerkrankung
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Thrombose/ Embolie
<input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung	<input type="checkbox"/> Krebserkrankung	<input type="checkbox"/> Osteoporose/Osteopenie
<input type="checkbox"/> ANDERE:		

ALKOHOL:

<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> selten	<input type="checkbox"/> mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/> täglich
------------------------------	---------------------------------	---	----------------------------------

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Sind Sie mit Ihrem Gewicht und Stoffwechsel zufrieden?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Wie viele Mahlzeiten essen Sie wann?	
Wie ist der Gewichtsverlauf in den letzten 5 Jahren?	
Diabetes in der Familie?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Diäten gemacht? Welche?	
Herzerkrankungen in der Familie?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein

RAUCHEN

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: _____ tägl.
-------------------------------	--

Bewegen Sie sich regelmäßig/ treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> kaum <input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> Leistungssport
Welchen Sport und wie oft?	
Würden Sie gerne mehr Bewegung machen? :	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

MEDIKAMENTE (inkl. Vitamine, pflanzliche Präparate und Nahrungsergänzungsmittel):

--

OPERATIONEN:

- ☐ Entfernung der Gebärmutter
- ☐ Entfernung eines oder beider Eierstöcke
- ☐ Brust OP
- ☐ andere:

MENSTRUATION:

Haben Sie einen Zyklus?	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Verhütung? Falls ja, wie?	
Falls kein Zyklus mehr, seit wann?	
Zyklus: Abstand	Dauer
<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> keine Blutung
Blutungstärke:	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> sehr stark
Letzte Blutung:	

Bestehen bei Ihnen Menstruationsbeschwerden?

1 Zyklische Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
2 Zwischenblutungen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
3 Brustspannen	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
4 Zyklische Kopfschmerzen/ Migräne	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
5 Stimmungsschwankungen / Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
6 Ödeme/ geschwollene Beine	<input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein

Leiden Sie unter?: ☐ Akne ☐ vermehrter Körper-/ Gesichtsbehaarung ☐ Haarausfall

GYNÄKOLOGISCHE ERKRANKUNGEN (früher oder aktuell) :

☐ KEINE ☐ Endometriose ☐ Myome ☐ Zysten ☐ Brustkrebs ☐ Brustveränderungen

Letzte Mammographie:	
Letzte gyn. Untersuchung:	
Knochendichtemessung:	
Gynäkologe Name/Ort:	

Bestehen bei Ihnen Wechsel-Beschwerden?:

1 Hitzewallungen, Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
2 Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
3 Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmung	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
4 Innere Unruhe, Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
5 Körperliches Erschöpfungsgefühl, Leistungsminderung	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
6 Herzrasen, Herzklopfen	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
7 Libidoverlust	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
8 Scheidentrockenheit, Brennen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
9 Harninkontinenz, häufiger Harndrang	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
10 Gehäufte Harnwegsinfekte	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
11 Gelenk-/ Muskelschmerzen	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
12 Haarausfall und/oder trockene Haut	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
13 Brustspannen	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
14 Unregelmäßige Menstruationsblutungen	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
15 Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine
16 Unregelmäßige Blutungen	<input type="checkbox"/> leicht / <input type="checkbox"/> mittel / <input type="checkbox"/> schwer / <input type="checkbox"/> keine

Seit wann haben Sie diese Beschwerden als störend bemerkt:

Welches dieser Beschwerden (1-16) belastet Sie am meisten:

Wie haben Sie diese Beschwerden bisher behandelt?

Welche 3 Dinge würden Sie in Ihrem Leben am liebsten ändern, wenn es irgendwie ohne Probleme einfach möglich wäre?

Haben Sie noch andere Fragen zu einem bestimmten ihnen wichtigen Thema, oder möchten Sie noch etwas Wichtiges erwähnen, das Sie beschäftigt oder das Sie abgeklärt haben wollen?

Krems, den

Unterschrift

Vielen Dank!