

NAME: VORNAME: GEBURTSDATUM:

ANSCHRIFT:

TELEFON: MOBIL: EMAIL:

VERSICHERUNG: BERUF

Liebe Patientin,

Herzlich Willkommen in unserer Hormonsprechstunde! Bitte füllen Sie in Ruhe den Fragebogen aus und geben diese vor der Sprechstunde in unserer Frauenarztpraxis ab. Vielen Dank!

Was ist Hauptanliegen an unsere Hormonsprechstunde?

.....
.....

Anamnesebogen Hormonsprechstunde

MENSTRUATION:

Zyklus: Abstand Dauer unregelmäßig keine Blutung

Blutungstärke: schwach normal stark sehr stark Letzte Blutung:.....

	Bestehen bei Ihnen Menstruationsbeschwerden:	ja	nein
1	Zyklische Schmerzen		
2	Zwischenblutungen		
3	Brustspannen		
4	Zyklische Kopfschmerzen/ Migräne		
5	Stimmungsschwankungen /Reizbarkeit		
6	Ödeme/ geschwollene Beine		

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

EMPFÄNGNISVERHÜTUNG:

* Wie verhüten Sie aktuell: Kondom Spirale: Pille/Ring: andere:.....
 kein Bedarf aktueller Kinderwunsch

* Besteht der Wunsch einer Schwangerschaftsverhütung? nein ja

* Waren Sie in einer Kinderwunschbehandlung? nein ja

SCHWANGERSCHAFTEN:

- keine Geburten (Jahre): Fehlgeburten:
- Eileiterschwangerschaften: Schwangerschaftsabbrüche:

GYNÄKOLOGISCHE ERKRANKUNGEN (früher oder aktuell):

- KEINE Endometriose Myome Zysten Brustkrebs

Letzte Mammographie: Letzte gyn. Krebsvorsorge: Knochendichtemessung:

	Bestehen bei Ihnen klimakterische Beschwerden?:	leicht	mittel	schwer	keine
1	Hitzewallungen, Schweißausbrüche				
2	Schlafstörungen				
3	Stimmungsschwankungen, depressive Verstimmung				
4	Innere Unruhe, Reizbarkeit				
5	Körperliches Erschöpfungsgefühl, Leistungsminderung				
6	Herzrasen, Herzklopfen				
7	Libidoverlust				
8	Scheidentrockenheit, Brennen, Schmerzen beim Geschlechtsverkehr				
9	Harninkontinenz, , häufiger Harndrang				
10	Gehäufte Harnwegsinfekte				
11	Gelenk-/ Muskelschmerzen				
12	Haarausfall				
13	Brustspannen				
14	Unregelmäßige Menstruationsblutungen				
15	Gewichtszunahme				
16	Unregelmäßige Blutungen				

Seit wann haben Sie diese Beschwerden als störend bemerkt:

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

Wie haben Sie bisher diese Beschwerden behandelt?

ERKRANKUNGEN (früher oder aktuell):

- KEINE Schilddrüse Bluthochdruck Diabetes Thrombose/ Embolie
- Migräne ohne/ mit Aura Asthma Herzinfarkt Schlaganfall Blutgerinnungsstörung
- Epilepsie Depressionen Darmerkrankung Krebserkrankung Osteoporose
- andere:

Größe:cm **Gewicht:**kg

RAUCHEN: nein ja:tägl. **ALKOHOL:** nie selten mehrmals pro Woche täglich

Bewegen Sie sich regelmäßig/ Treiben Sie Sport? kaum unregelmäßig regelmäßig Leistungssport

MEDIKAMENTE (inkl. Vitamine/ pflanzl. Präparate):

.....

OPERATIONEN: Entfernung der Gebärmutter Entfernung eines oder beider Eierstöcke Brust OP

andere:

.....

ERKRANKUNGEN IN DER FAMILIE:

- Thrombose Lungenembolie Schlaganfall Diabetes Herzinfarkt Bluthochdruck
 Brustkrebs Eierstockkrebs Gebärmutterkrebs Darmkrebs andere Krebserkrankungen

Haben Sie Fragen zu einem bestimmten Thema?

.....

.....

.....

Musberg, den..... Unterschrift.....

Vielen Dank!