

Fragebogen der Hormonsprechstunde

Liebe Patientin,
 Sie haben sich für eine Beratung in unserer Klinik angemeldet und müssen nun noch ein wenig auf den Termin warten. Bitte nutzen Sie die Gelegenheit, uns schon jetzt einige wichtige Informationen zu geben.

Tag, an dem Sie diese Fragen beantworten	
--	--

Vorname	
Nachname	
Titel (Dr., Prof.)	
Geburtsdatum (TT MM JJJJ)	
aktuelles Alter	
Strasse Hausnummer	
Postleitzahl Ort	
Telefon privat	
Telefon beruflich	
Handy	
E-mail	

Krankenkasse / Versicherung	
Beruf	

betreuender Frauenarzt	
Straße Hausnummer	
Postleitzahl Ort	

Hausarzt	
Fachrichtung	
Straße Hausnummer	
Postleitzahl Ort	

soziale Situation	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> lebe mit Partner zusammen <input type="checkbox"/> lebe alleine
--------------------------	---	---

Anzahl vorausgehender Schwangerschaften:				
Monat / Jahr	Geburt	Fehlgeburt	Abbruch	Komplikationen, Kommentare
	ja nein	ja nein	ja nein	
	ja nein	ja nein	ja nein	
	ja nein	ja nein	ja nein	
	ja nein	ja nein	ja nein	

Vorerkrankungen					
gesund	ja	[]	nein	[]	Kommentar
Diabetes = Blutzucker	nein	[]	ja	[]	
Bluthochdruck	nein	[]	ja	[]	
Thrombosen	nein	[]	ja	[]	
Krampfadern (Varikosis)	nein	[]	ja	[]	
Epilepsie	nein	[]	ja	[]	
Migräne	nein	[]	ja	[]	
Kopfschmerzen	nein	[]	ja	[]	
psychische Erkrankung	nein	[]	ja	[]	
Unterleibsschmerzen	nein	[]	ja	[]	
Asthma/chron. Bronchitis	nein	[]	ja	[]	
Magen/Darmerkrankung	nein	[]	ja	[]	
Leberentzündung (Hepatitis)	nein	[]	ja	[]	
sonstige Erkrankungen					
Allergien	nein	[]	welche:		
Kontakt mit giftigen Stoffen	nein	[]	Welche:		
Raucher	nein	[]	Zigaretten/Tag:		
Regelmäßig Alkoholkonsum	nein	[]	Menge pro Tag:		
Zystenbildung am Eierstock	nein	[]	ja	[]	
Gewicht aktuell	kg:				
Gewicht vor 6 Monaten	kg:				
Größe	cm:				

Vorerkrankungen in der Familie
Diabetes = Blutzucker
Bluthochdruck
Genetische Erkrankungen
Krebs

Voroperationen	Jahr	Krankenhaus	
Blinddarmentfernung			
Mandelentfernung			
Bauchspiegelung			
Gebärmutterentfernung			
Entfernung der Eierstöcke			
andere Operationen			

Vorsorge	
Wann war die letzte Krebsvorsorge?	
Wann ist bei Ihnen schon einmal eine Mammographie durchgeführt worden?	
Ist schon einmal eine Knochendichtemessung durchgeführt worden?	

Regelblutung	
Wie alt waren Sie bei Beginn der monatlichen Blutungen?	
Wann hat bei Ihnen die Brustentwicklung eingesetzt?	
Wann begann Ihre letzte Regelblutung?	
Wie war in letzter Zeit der Abstand vom 1. Tag der Regel bis zum nächsten 1. Tag der Regelblutung ohne Einnahme von Medikamenten?	<input type="checkbox"/> regelmäßig zwischen _____ und _____ Tagen <input type="checkbox"/> unregelmäßig, der kleinste Abstand zwischen zwei Blutungen beträgt _____ Tage / Wochen / Monate der größte Abstand zwischen zwei Blutungen beträgt _____ Tage / Wochen / Monate <input type="checkbox"/> habe keine Regelblutung mehr seit
Wieviel Tage dauert die Regelblutung durchschnittlich?	_____ Tage
Bestehen zusätzlich Zwischenblutungen?	wann _____ Tage
Wie ist die Blutungsstärke?	<input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> stark
Stellen Sie an den Tagen vor Einsetzen der Regel folgende Empfindungen an sich fest?	<input type="checkbox"/> Brustspannen/ empfindliche Brustwarzen <input type="checkbox"/> Blähbauch/Völlegefühl <input type="checkbox"/> Neigung zur Niedergeschlagenheit/Depression <input type="checkbox"/> Neigung zu aggressivem Verhalten <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme <input type="checkbox"/> morgendliche Schwellung von Händen Füßen und Gesicht <input type="checkbox"/> Neigung zur Akne <input type="checkbox"/> Falls ja, seit wann? _____ Monaten/Jahren <input type="checkbox"/> Schmerzen während der Periode
Haben Sie eine Zunahme der Körperbehaarung bemerkt? (Hirsutismus)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann <input type="checkbox"/> Oberlippe <input type="checkbox"/> Kinn <input type="checkbox"/> Hals <input type="checkbox"/> Schamregion <input type="checkbox"/> Dekoltée <input type="checkbox"/> Oberschenkel <input type="checkbox"/> Unterschenkel <input type="checkbox"/> Wangen <input type="checkbox"/> Brustwarzen <input type="checkbox"/> Linea alba (Mittellinie zum Nabel)
Leiden Sie unter verstärktem Haarausfall?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann wie viel Haare sind nach 1 x Kämmen durchschnittlich in der Bürste?
Leiden Sie unter Akne?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann <input type="checkbox"/> Gesicht <input type="checkbox"/> Rücken <input type="checkbox"/> Dekoltée-Bereich
Haben Sie, unabhängig von Schwangerschaft und Stillperiode, Abgang von Flüssigkeit aus Ihrer Brust bemerkt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja seit wann <input type="checkbox"/> gelblich/serös <input type="checkbox"/> trübe <input type="checkbox"/> milchig <input type="checkbox"/> blutig/grünlich
Sind Sie von einen der folgenden Beschwerden besonders betroffen?	<input type="checkbox"/> Hitzewallungen nein <input type="checkbox"/> Schweißausbrüche <input type="checkbox"/> fleckige Hautrötung <input type="checkbox"/> nächtliche Unruhe <input type="checkbox"/> Schlaflosigkeit <input type="checkbox"/> Herzklopfen <input type="checkbox"/> trockene Scheide <input type="checkbox"/> Müdigkeit/ Leistungsabfall <input type="checkbox"/> Reißbarkeit <input type="checkbox"/> Nervosität <input type="checkbox"/> Ängstlichkeit <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Verkehr <input type="checkbox"/> gehäufte Blasenentzündungen

Haben Sie regelmäßig und ausreichend Schlaf?	<input type="checkbox"/> regelmäßig <input type="checkbox"/> < 6 Std.	<input type="checkbox"/> fast regelmäßig <input type="checkbox"/> 6-8 Std.	<input type="checkbox"/> unregelmäßig <input type="checkbox"/> > 8 Std.
Ernähren Sie sich regelmäßig mit mehreren Mahlzeiten pro Tag und durch welche Kost?	<input type="checkbox"/> 1-2 Mahlzeiten/Tag <input type="checkbox"/> Mischkost	<input type="checkbox"/> 2-4 Mahlzeiten/Tag <input type="checkbox"/> vegetarisch	<input type="checkbox"/> 4 oder mehr Mahlzeiten/Tag <input type="checkbox"/> eher einseitig
Treiben Sie Sport?	<input type="checkbox"/> selten bzw. nie Falls ja, welche Sportart?	<input type="checkbox"/> unregelmäßig	<input type="checkbox"/> regelmäßig
Haben Sie die sog. Antibabypille eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> von bis (= Jahre)		
Haben Sie mit der Spirale verhütet?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Wie oft haben Sie durchschnittlich sexuellen Verkehr?	ca. mal pro Woche ca. mal pro Monat		
Aktuelle Medikamenteneinnahme	<input type="checkbox"/> keine Wenn ja, welche ? wie lange?		
Bisherige Einnahme von Hormonpräparaten	<input type="checkbox"/> keine Wenn ja, welche ? wie lange?		

Ist bei Ihnen schon einmal die Schilddrüse untersucht worden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie schon einmal Medikamente für die Schilddrüse eingenommen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja