

Patientenfragebogen Hormonsprechstunde Erstgespräch (Datum: _____)

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____
 Geburtsdatum: _____ Alter: _____ Jahre
 Nationalität: Deutsch Andere welche: _____
 Adresse: Straße: _____
 PLZ: _____ Wohnort: _____
 Telefonnummer: _____ Versicherung: _____
 Handy-Nummer: _____ Email: _____
 Frauenarzt: _____ Straße: _____
 PLZ: _____ Wohnort: _____
 Welchen Beruf üben Sie aus? _____
 Welchen Schulabschluss haben Sie? _____

Warum stellen Sie sich bei uns vor ? Welche Beschwerden haben Sie?

Fragen zu Ihrer Krankengeschichte

Zunächst einige Fragen zu Ihrer Entwicklung

1. Wann hat bei Ihnen die Entwicklung der Scham- und Achselbehaarung eingesetzt? Mit ca. _____ Jahren.
2. Wann hat bei Ihnen die Brustentwicklung eingesetzt? Mit ca. _____ Jahren.
3. Wie alt waren Sie bei Beginn der monatlichen Blutung? ca. _____ Jahre.

Einige Fragen zu Ihrer Regelblutung:

Waren die Blutungen nach Ihrer ersten Regelblutung regelmäßig (ca. alle 4 Wochen) ?

ja, alle _____ Tage nein, unregelmäßig: Blutungsabstände zwischen _____ und _____
 Tagen Wochen Monaten

4. Haben Sie zur Zeit noch eine Regelblutung?

ja nein, seit _____ nicht mehr **(weiter bei Frage 12)**

5. Wann war der erste Tag Ihrer letzten und vorletzten Regelblutungen? _____ und _____

6. Treten die Blutungen in regelmäßigen Abständen auf (alle 4 Wochen) ?

ja, alle _____ Tage nein, unregelmäßig Blutungsabstände zwischen _____ und _____
 Tagen Wochen Monaten

7. Wieviel Tage dauert Ihre Blutung durchschnittlich: _____ Tage

8. Haben Sie Zwischenblutungen?

nein ja, Schmierblutungen vor oder nach der Regelblutung
 Zwischenblutungen zu anderen Zeiten

9. Wie stark ist Ihre Blutung? leicht mittel stark

10. Haben Sie an den Tagen vor Ihrer Regelblutung Beschwerden:

nein

ja, ich leide unter folgenden Beschwerden:
0= keine Beschwerden bis 4 =sehr starke Beschwerden

Beschwerden	Intensität				
	0	1	2	3	4
Gebläther/geschwollener Bauch	<input type="checkbox"/>				
Brustspannen, Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Ödeme/Schwellungen (Hände, Knöchel, Füße)	<input type="checkbox"/>				
Stimmungsschwankungen, Depressivität, Reizbarkeit	<input type="checkbox"/>				
Gesteigerter Appetit/ Fress-Anfälle (Süßigkeiten etc.)	<input type="checkbox"/>				
Übelkeit, Erbrechen Durchfall	<input type="checkbox"/>				
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Müdigkeit/Schwäche, verminderte Leistungsfähigkeit	<input type="checkbox"/>				
Neigung zu Akne	<input type="checkbox"/>				

Einige Fragen zu Haut und Haaren:

11. Haben Sie eine Zunahme Ihrer Körperbehaarung bemerkt?

nein

ja Wo? _____
Seit wann ? _____

12. Leiden Sie unter verstärktem Haarausfall?

nein

ja Wo? _____
Seit wann ? _____

13. Leiden Sie unter Akne ?

nein

ja Wo? _____
Seit wann ? _____

Einige Fragen zu Schwangerschaft/Geburt und gynäkologischen Erkrankungen

14. Waren Sie schon einmal schwanger?

nein

ja

• Geburten:

1. _____ (Jahr) 2. _____ (Jahr) 3. _____ (Jahr)

• Fehlgeburten: 1. _____ (Jahr) in der /im _____ Woche Monat

2. _____ (Jahr) in der /im _____ Woche Monat

3. _____ (Jahr) in der /im _____ Woche Monat

• Schwangerschaftsabbrüche

1. _____ (Jahr) 2. _____ (Jahr) 3. _____ (Jahr)

15. Hatten Sie schon einmal eine Unterleibserkrankung wie z.B. Entzündungen, Zysten, Endometriose ?

nein

ja

Jahr	Erkrankung	Behandlung

16. Sind Sie schon einmal an Eierstöcken oder Gebärmutter operiert worden?

nein

ja

Gebärmutter: _____

Eierstöcke: _____
(Geben Sie bitte an was und wann Sie operiert wurden)

17. Hatten Sie eine Erkrankung der Brust?

nein

ja - Welche und wie wurde sie behandelt ?

18. Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung?

_____ (Monat/Jahr)

19. Haben Sie schon einmal eine Mammographie durchführen lassen?

nein

ja

Wann war die letzte Untersuchung: _____ (Monat/Jahr)

Einige Fragen zu Ihrem Hormonhaushalt

20. Haben Sie schon einmal Hormonpräparate wie z. B. die „Pille“ oder eine Hormonerersatztherapie in den Wechseljahren eingenommen?

nein

ja

Medikament	von	bis

21. Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung der Schilddrüse ?

Nein

Ja

- Um welche Erkrankung handelt/e es sich ? _____
- Seit wann ist sie bekannt ? _____
- Nahmen oder nehmen Sie zur Behandlung Medikamente ein?
 Nein Ja: _____ seit _____ bis _____
- Wurde eine Schilddrüsenoperation durchgeführt ?
 Nein Ja: wann? _____ Welche? _____

22. Haben Sie Zucker (Diabetes mellitus)?

Nein

Ja

- Seit wann ist dies bekannt? _____
- Erhalten Sie eine medikamentöse Behandlung ?
 Nein Ja: _____ seit _____ bis _____
- Kontrollieren Sie Ihre Zuckerwerte regelmäßig
 Nein Ja: wann? _____ Welche? _____
- Wie war der letzte morgens bestimmte Wert?
_____ (Datum: ____ . ____ . ____)

23. Ist bei Ihnen eine Erkrankung der Nebenniere bekannt?

Nein

Ja

- Um welche Erkrankung handelt /e es sich ? _____
- Seit wann ist sie bekannt? _____
- Erhalten Sie eine medikamentöse Behandlung ?
 Nein Ja: _____ seit _____ bis _____

Einige Fragen zu Ihrem allgemeinen Befinden:

24. Sind Sie von einigen der folgenden Beschwerden besonders betroffen?

0= keine Beschwerden bis 4 =sehr starke Beschwerden	
Beschwerden	Intensität
	0 1 2 3 4
Hitzewallungen/Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
fleckige Hautrötung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern, Nächtliche Unruhe, Schlafstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Probleme beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Trockene Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Minderung des sexuellen Interesses	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Depressivität/Ängstlichkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Reizbarkeit/Nervosität	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Leistungsabfall/Müdigkeit/Schwäche	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Knochenschmerzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Gelenkschmerzen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Einige Fragen zu Ihrer allgemeinen Krankengeschichte

25. Haben Sie schon mal eine Thrombose oder eine Embolie gehabt? Nein Ja: Wann ? _____
Wo ? _____

26. Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten ?
- Erkrankungen des Herz-/Kreislauf-/ Gefäßsystems (z.B. Bluthochdruck) Nein Ja
 - Erkrankungen des Nervensystems (z.B. Migräne, Schlaganfall) Nein Ja
 - Erkrankungen der Lunge (z.B. chr. Bronchitis, Lungenentzündung, Asthma) Nein Ja
 - Erkrankungen der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z.B. Leberentzündung) Nein Ja
 - Erkrankungen des Magen-/Darmtraktes (z.B. Magenschleimhautentzündung/
Geschwür, Durchfälle, Verstopfung, Nahrungsmittelunverträglichkeit) Nein Ja
 - Erkrankungen der Niere und Harnwege (z.B. Nierenbeckenentzündung) Nein Ja
 - Stoffwechselstörungen z.B. Fettstoffwechselstörungen (z.B. Cholesterin ↑) Nein Ja
 - Krebs Nein Ja
 - Seelische Erkrankungen Nein Ja
 - Allergie Nein Ja

Falls bei Ihnen eine solche Erkrankung vorliegt oder vorlag, so geben Sie bitte die Erkrankung genau an (z.B. Leberentzündung oder Bluthochdruck). Geben Sie bitte auch an, wann die Erkrankung auftrat bzw. diagnostiziert wurde und ob und wie sie behandelt wurde bzw. wird , falls Sie dies wissen :

27. Ist oder war jemand in Ihrer näheren Familie (Eltern, Geschwister oder Großeltern) schwer erkrankt? Falls ja, so geben Sie bitte genau an, wer erkrankt ist bzw. woran er erkrankt war bzw. ist.

28. Sind bei Ihnen Erkrankungen des Knochens oder des Bindegewebes bekannt (z.B. Knochenerweichung, Verschleißerscheinungen/Arthrose, Osteoporose)

- Nein Ja
- Um welche Erkrankung handelt /e es sich ? _____
 - Seit wann ist sie bekannt ? _____

- Nahmen oder nehmen Sie zur Behandlung Medikamente ein?
 Nein Ja: _____ seit _____ bis _____
- Haben Sie Knochenschmerzen?
 Nein Ja - Wo? _____
- Haben Sie Gelenkschmerzen?
 Nein Ja - Wo? _____
- Haben Sie sich schon einmal die Knochen gebrochen?
 Nein Ja - Welche? _____

29. Ist bei Ihnen jemals eine Knochendichtemessung durchgeführt worden?

- Nein Ja - Wann zuletzt? _____ / _____ (Monat/Jahr)
 - Ergebnis: in Ordnung nicht in Ordnung

30. Wurden Sie schon einmal operiert?

- Nein Ja - Was und wann wurde operiert?
- _____
- _____
- _____

31. Haben Sie sonst schon einmal länger im Krankenhaus gelegen?

- Nein Ja - Wann und warum?
- _____
- _____
- _____

32. Nehmen Sie Medikamente ein? Falls Sie ein Vitamin-, Mineralstoff-, „Naturheil“-Präparat, oder Beruhigungsmittel einnehmen, so geben Sie dies bitte auch an.

- Nein Ja - Welche?
- _____
- _____
- _____

Einige Fragen zu Ihren Lebensumständen und Lebensgewohnheiten:

33. Halten Sie Ihr Gewicht in den letzten Jahren eher konstant oder hat sich Ihr Gewicht verändert?

- konstant schwankend
 von _____ kg bis _____ kg in den letzten _____ Monaten/Jahren
- Zunahme
 + _____ kg in den letzten _____ Monaten/Jahren
- Abnahme
 - _____ kg in den letzten _____ Monaten/Jahren

34. Ernähren Sie sich regelmäßig mit mehreren Mahlzeiten pro Tag und durch welche Kost?

- 3-4 Mahlzeiten/Tag 1-2 Mahlzeiten /Tag 5 oder mehr Mahlzeiten/Tag
- Mischkost vegetarisch einseitig

35. Rauchen Sie?

- Nein Ja - Was? _____ Wieviel? _____ Seit: _____

36. Trinken Sie Alkohol?

- selten oder nie gelegentlich bei Festen oder Feiern regelmäßig

37. Bewegen Sie sich regelmäßig bzw. treiben Sie regelmäßig Sport?

- regelmäßig gelegentlich selten oder nie

Welchen Sport treiben Sie? _____

38. Fühlen Sie sich zur Zeit aus irgendwelchen Gründen besonders belastet?

- nein gelegentlich stark belastet