

Fragebogen Hormonsprechstunde

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße/Hausnr.

PLZ/Stadt

Tel. privat

Tel. mobil

E-Mail-Adresse

Beruf

Wer ist Ihre Hausärztin / Ihr Hausarzt?

Wer ist Ihre Gynäkologin / Ihr Gynäkologe?

Grund der Vorstellung:

Zyklus- und Hormonanamnese

Wie alt waren Sie zu Beginn der monatlichen Blutungen?

Haben Sie **Schmerzen** während der Periode?

ja Wann im Zyklus?

nein

Wie regelmäßig waren Ihre monatlichen Blutungen in den ersten Jahren der Pubertät?

Wo genau haben Sie die **Schmerzen**?

ca. alle Tage Wochen Monate

Wie häufig treten Ihre monatlichen Blutungen aktuell auf?

Nehmen Sie Schmerzmittel während der Periode?

ca. alle Tage Wochen Monate

Welche?

nicht mehr seit

noch nie von alleine eingetreten

Haben Sie Zwischenblutungen/Schmierblutungen?

Haben Sie die Schmerzen seit der ersten Monatsblutung?

ja Wann im Zyklus?

nein

ja nein

Haben Sie die Antibabypille oder ein Hormonsersatzpräparat eingenommen?

ja Wann zuletzt? nein

Welches Präparat?

Haben Sie in den **Tagen vor Einsetzen der Regelblutung** Beschwerden (z. B. Brustspannen, empfindliche Brustwarzen, Migräne, Gewichtszunahme, Wassereinlagerungen an Händen, Füßen, Gemütsänderung wie Niedergeschlagenheit, Depressivität, Aggressivität)? ja nein

Wenn ja, welche?

Haben Sie mit der Spirale verhütet?

ja Wann zuletzt? nein

Haben Sie eines der folgenden Symptome bemerkt?

Zunahme der Körperbehaarung

ja seit nein

Verstärkter Haarausfall

ja seit nein

Akne

ja seit nein

Bemerken Sie einen Flüssigkeitsaustritt aus der Brust (unabhängig von Schwangerschaften/Stillzeit)?

ja seit nein

Wenn ja:

einseitig beidseitig Farbe

Haben Sie **wechseljahrestypische Beschwerden**

(z. B. Hitzewallungen, Schweissausbrüche, nächtliche Unruhe, Schlaflosigkeit, Herzklopfen, trockene Scheide, Ängstlichkeit, Depressionen etc.)? ja nein

Wenn ja, welche?

Gynäkologische Anamnese

Waren Sie bereits schwanger? ja nein

Wenn ja, in welchem Jahr?

Natürliche Geburt, Kaiserschnitt, Fehlgeburt, Abbruch?

Wann war Ihre letzte

Krebsvorsorge (Monat/Jahr)

Mammographie (Monat/Jahr)

Weitere Anamnese:

Haben Sie **Vorerkrankungen**? ja nein

Wenn ja, welche?

Thrombosen/Lungenembolien ja nein

Bluthochdruck ja nein

Hohe Blutfettwerte ja nein

Herz/Kreislauf ja nein

Nieren/Leber/Lunge ja nein

Diabetes ja nein

Infektionen (z. B. Hepatitis, HIV) ja nein

Psyche ja nein

Andere/Bemerkungen:

Hatten Sie bereits **Operationen?** ja nein Gab/gibt es in Ihrer näheren **Familie**
Wenn ja, welche/wann? Thrombosen/Lungenembolien? ja nein

Bluthochdruck? ja nein

Lebererkrankungen? ja nein

Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein?

ja nein Wenn ja, welche?

Diabetes? ja nein

Krebserkrankungen? ja nein

Gewicht:

Sonstiges

Größe:

BMI:

Haben Sie **Allergien?**

ja nein Wenn ja, welche?

Rauchen Sie?

ja nein Wenn ja, wieviel? Zig./Tag

Trinken Sie **Alkohol?**

ja nein
gelegentlich regelmäßig

Nehmen Sie **Drogen?**

ja nein Wenn ja, welche Drogen und wie oft?