

Patientenfragebogen Hormonsprechstunde

Ihre persönlichen Daten

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter (Jahre): _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Mobil Nr.: _____

Versicherung: _____

Nationalität: deutsch andere welche: _____

Welchen Beruf üben Sie aus? _____

Wer ist Ihre Frauenärztin/-arzt?: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Meine Beschwerden sind:

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung? _____ (Monat/Jahr)

Haben Sie schon einmal eine Mammographie durchführen lassen?

Nein

Ja Wann war die letzte Untersuchung? _____ (Monat/Jahr)

Fragen zur körperlichen Entwicklung

Wann hat bei Ihnen die Entwicklung der Scham- und Achselbehaarung eingesetzt?

Mit ca. _____ Jahren.

Wann hat bei Ihnen die Brustentwicklung eingesetzt?

Mit ca. _____ Jahren.

Wie alt waren Sie bei Beginn der monatlichen Blutung?

ca. _____ Jahre.

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

Haben Sie zurzeit noch eine Regelblutung?

Ja

Nein, seit _____ nicht mehr (*weiter bei „Haut und Haaren“*)

Wann war der erste Tag Ihrer letzten und vorletzten Regelblutungen?

Erster Tag der letzten Regelblutung: _____

Erster Tag der vorletzten Regelblutung: _____

Treten die Regelblutungen in regelmäßigen Abständen auf (alle 4 Wochen)?

- Ja, alle _____ Tage
- Nein, unregelmäßig: Blutungsabstände zwischen _____ und _____ Tagen
 Wochen
 Monaten

Wie viel Tage dauert Ihre Blutung durchschnittlich? _____ Tage

Haben Sie Zwischenblutungen?

- Nein
- Ja Schmierblutungen vor oder nach der Regelblutung
 Zwischenblutungen zu anderen Zeiten

Wie stark ist Ihre Blutung?

- leicht mittel stark

Haben Sie an den Tagen vor Ihrer Regelblutung Beschwerden?

- Nein
- Ja, ich leide unter folgenden Beschwerden:

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

(0= keine Beschwerden; 4= sehr starke Beschwerden)

Fragen zu Haut und Haaren

Leiden Sie unter einer Zunahme Ihrer Körperbehaarung bemerkt?

- Nein
- Ja Wo? _____
- Seit Wann? _____

Haben Sie verstärkten Haarausfall bemerkt?

- Nein
- Ja Wo? _____
- Seit Wann? _____

Leiden Sie unter Akne?

Nein

Ja Wo? _____

Seit Wann? _____

Fragen zu Schwangerschaft/Geburt und gynäkologischen Erkrankungen

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)

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

Nein

Ja

Jahr	Erkrankung	Behandlung

Sind Sie schon einmal an Eierstöcken oder Gebärmutter operiert worden?

Nein

Ja

Gebärmutter: _____

Eierstöcke: _____

(Geben Sie bitte an, was und wann Sie operiert wurde/n)

Hatten Sie eine Erkrankung der Brust?

Nein

Ja

Welche und wie wurden Sie behandelt?

Fragen zu Ihrem Hormonhaushalt

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

- Nein
- Ja

Medikament	Von	bis

Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung der Schilddrüse?

- Nein
- Ja

▪ Um welche Erkrankung handelt 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? _____

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: __. __. __)

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 _____

Fragen zu Ihrem allgemeinen Befinden

Sind Sie von einigen der folgenden Beschwerden besonders betroffen?

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>

0= keine Beschwerden; 4= sehr starke Beschwerden

Fragen zu Ihrer allgemeinen Krankengeschichte

Haben Sie schon mal eine Thrombose oder eine Embolie gehabt?

- Nein
 Ja Wann? _____ Wo? _____

Hatten oder haben Sie eine der folgenden Krankheiten?

Erkrankungen des Herz-/Kreislauf-/Gefäßsystems (z. B. Bluthochdruck)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Erkrankungen des Nervensystems (z. B. Migräne, Schlaganfall)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Erkrankungen der Lunge (z. B. chr. Bronchitis, Lungenentzündung, Asthma)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Erkrankungen der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse (z. B. Leberentzündung)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Erkrankungen des Magen-/Darmtraktes (z. B. Magenschleimhautentzündung/Geschwür, Durchfälle, Verstopfung, Nahrungsmittelunverträglichkeit)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Erkrankungen der Niere und Harnwege (z. B. Nierenbeckenentzündung)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Stoffwechselstörungen z. B. Fettstoffwechselstörungen (z. B. Cholesterin)	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Krebs	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Seelische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Allergie	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja

Falls bei Ihnen eine solche Erkrankung vorliegt oder vorlag, 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.

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

Sind bei Ihnen Erkrankungen des Knochens oder des Bindegewebes bekannt (z. B. Knochen-erweichung, 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? _____

Ist bei Ihnen jemals eine Knochendichtemessung durchgeführt worden?

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

Wurden Sie schon einmal operiert?

- Nein
- Ja
 - Was und wann wurde operiert?

Haben Sie sonst schon einmal länger im Krankenhaus gelegen?

- Nein
- Ja
 - Wann und warum?

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

- Nein
 Ja ■ Welche?

Fragen zu Ihren Lebensumständen und Lebensgewohnheiten

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

Ernähren Sie sich regelmäßig mit mehreren Mahlzeiten pro Tag? Durch welche Kost?

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 3-4 Mahlzeiten/Tag | <input type="checkbox"/> Mischkost |
| <input type="checkbox"/> 1-2 Mahlzeiten/Tag | <input type="checkbox"/> vegetarisch |
| <input type="checkbox"/> 5 oder mehr Mahlzeiten/Tag | <input type="checkbox"/> einseitig |

Rauchen Sie?

- Nein
 Ja ■ Was? _____
 ■ Wie viel? _____
 ■ Seit: _____

Trinken Sie Alkohol?

- selten oder nie
 gelegentlich bei Festen oder Feiern
 regelmäßig

Bewegen Sie sich regelmäßig bzw. treiben Sie regelmäßig Sport?

- regelmäßig
 gelegentlich
 selten oder nie

Welchen Sport treiben Sie? _____

Fühlen Sie sich zurzeit aus irgendwelchen Gründen besonders belastet?

- Nein
 gelegentlich
 stark belastet

Datum/Unterschrift Patient/in