



# Patienten-Fragebogen – Hormone bei der Frau

## Allgemeine Daten

Vorname ..... E-Mail .....  
Nachname ..... Telefon (tagsüber) .....  
Strasse, Hausnr. ..... Geburtsdatum .....  
PLZ und Ort ..... Beruf .....

## Unsere Fragen an Sie

Ihre Größe? ..... Ihr Gewicht? ..... Ihr Alter? .....

Haben Sie Kinder?  Ja  Nein Bitte Geburtsjahr(e) angeben: .....

Periode /  
Monatszyklus:  Regelmäßig: Alle ..... Tage, dauert ..... Tage  Unregelmäßig  Keine. Letzte Blutung (Jahr): .....

Haben Sie Allergien?  Ja  Nein

Welche? .....

Nehmen Sie Medikamente?  Ja  Nein

Welche? Bitte geben Sie den genauen Namen, Stärke und Dosierung an: .....

Haben Sie wichtige Voroperationen?  Ja  Nein

Welche und wann (Jahr)? .....

Leiden oder litten Sie an ernsten Erkrankungen?  Ja  Nein

Welche? .....

Gibt es bei Verwandten 1. Grades (Mutter, Schwestern, Tanten) Eierstock- oder Brustkrebskrankungen?  Ja  Nein

Welche Erkrankung bei wem? .....

Gibt es bei Eltern, Großeltern oder Geschwistern Gefäßerkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Trombose, Demenz)?  Ja  Nein

Welche Erkrankung bei wem? .....

Rauchen Sie Zigaretten?  Ja  Nein Wie viele Zigaretten am Tag? .....

## Leiden Sie unter einem der folgenden Symptome?

Depressionen?  Ja  Nein Seit wann? .....

Gedächtnisverlust?  Ja  Nein Seit wann? .....

Gewichtsproblemen?  Ja  Nein Seit wann? .....

Haarausfall?  Ja  Nein Seit wann? .....

Hitzewallungen?  Ja  Nein Seit wann? .....

Libidoverlust?  Ja  Nein Seit wann? .....

Schlafstörungen?  Ja  Nein Seit wann? .....

Schweißausbrüche?  Ja  Nein Seit wann? .....

Vitalitätsverlust / Antriebslosigkeit?  Ja  Nein Seit wann? .....

Ihr **HAUPTPROBLEM**? .....

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?  Anderer Arzt  Buch  Bekannte  Internet  Podcast  Radio-Werbung  
 Social Media  Zeitung  Sonstiges: .....