



# 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 ernstesten Erkrankungen? ☐ Ja ☐ Nein

Welche? .....

Gibt es bei Verwandten 1. Grades (Mutter, Schwestern, Tanten) Eierstock- oder Brustkrebserkrankungen? ☐ 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: .....