



Patienten-Fragebogen »Hormone bei der Frau«

Allgemeine Daten

Vorname E-Mail

Nachname Telefon (tagsüber)

Strasse, Hausnr. Geburtsdatum

PLZ und Ort Beruf

Termin am

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 Voroperationen? Ja Nein
Welche und wann (Jahr)?

Leiden oder litten Sie an ernstern 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 Verwandten 1. Grades (Eltern, Geschwister) Gefäßerkrankungen (Herzinfarkt, Schlaganfall, Trombose, Demenz, arterielle Verschlusskrankheiten)? 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?

Welches würden Sie als das **Hauptproblem** bezeichnen?

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