

# Anamnesebogen Hormone



Liebe Patientin,

herzlich willkommen in meiner Praxis.

Die nachfolgende Datenerhebung ist für ihre Behandlung wichtig. Sollten Sie sich bei den Angaben nicht sicher sein, machen Sie bitte ein Fragezeichen.

Name:	Vorname:	Geb. Datum:
Straße/Hausnummer:	PLZ:	Wohnort:
Telefon:	Mobilnummer:	E-Mail:
Beruf:	privat versichert <input type="checkbox"/>	gesetzlich versichert <input type="checkbox"/>

Welche Beschwerden haben Sie im Moment?

---

Was ist Ihr Anliegen?

---

Wurden Sie wegen dieser Beschwerden in den letzten 3 Monaten gynäkologisch untersucht?

Nein  Ja  Abstrich  Ultraschall  Labor  Mammographie

Wenn ja, welche Diagnose:

---

Haben Sie in den letzten Monaten Gewicht...

zugenommen  abgenommen  unverändert

Wenn ja, wieviel \_\_\_\_\_ in welchem Zeitraum \_\_\_\_\_

Leiden Sie unter wiederkehrenden oder andauernden Blasenbeschwerden?

Nein  Ja  Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

---

# Anamnesebogen Hormone



## Leiden Sie unter...

- Schlafstörungen? Nein  Ja  Einschlafen  Durchschlafen  Beides
- Hitzewallungen? Nein  Ja  Tagsüber  Nachts  Beides
- Leistungsminderung? Nein  Ja
- Konzentrationsstörungen? Nein  Ja
- eingeschränkter Merkfähigkeit? Nein  Ja
- Stimmungsschwankungen? Nein  Ja
- trockenen Schleimhäuten (Augen/ Nase/vaginal)? Nein  Ja
- Gelenkbeschwerden? Nein  Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Mit wieviel Jahren hatten Sie Ihre erste Regelblutung? \_\_\_\_\_

Wann hatten Sie Ihre letzte Menstruation? \_\_\_\_\_

Der Zyklus war regelmäßig  unregelmäßig  Dauer \_\_\_\_\_

Der Zyklus ist regelmäßig  unregelmäßig  Dauer \_\_\_\_\_  
ausbleibend  seit \_\_\_\_\_

Sie sind Sie schwanger? Nein  Ja

Haben Sie zurzeit einen Kinderwunsch? Nein  Ja  seit \_\_\_\_\_

Haben Sie Kinder? Nein  Ja  wie viele \_\_\_\_\_

Gab es in der/den Schwangerschaft/en oder der/den Geburt/en Komplikationen?

Nein  Ja  Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Gab es Beschwerden in der Stillzeit? Nein  Ja

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

## Sie verhüten mit:

- Natürlich (NFP)  Spirale  Pille  Hormonpflaster
- Kondom  Vaginalring  Depot-Präparate  Drei-Monats-Spritze
- Sterilisation  Sonstiges

Bitte notieren Sie gegebenenfalls den Namen von Pille, Spirale, Präparaten ...

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# Anamnesebogen Hormone



Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?      Nein       Ja       Wenn ja, wie viele: \_\_\_\_\_

Sind oder waren Sie von folgenden Erkrankungen betroffen?

- |                                    |  |  |  |
|------------------------------------|--|--|--|
| Thrombose <input type="checkbox"/> | Bluthochdruck <input type="checkbox"/> | Gerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> | Krampfadern <input type="checkbox"/>       |
| Embolie <input type="checkbox"/>   | Schlaganfall <input type="checkbox"/>  | Herzerkrankungen <input type="checkbox"/>    | Diabetes <input type="checkbox"/>          |
| Migräne <input type="checkbox"/>   | Epilepsie <input type="checkbox"/>     | Gelenkerkrankungen <input type="checkbox"/>  | Lebererkrankungen <input type="checkbox"/> |
| Allergien <input type="checkbox"/> | Asthma/COPD <input type="checkbox"/>   | Depressionen <input type="checkbox"/>        | Akne <input type="checkbox"/>              |

Sonstige: \_\_\_\_\_

Haben Sie eine Erkrankung an der Schilddrüse?      Nein       Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Sind Sie von einer Krebserkrankung betroffen?      Nein       Ja

Wurden Sie schon einmal operiert?

- |  |  |   |
|--|--|---|
| Gebärmutterentfernung <input type="checkbox"/> | mit Eierstöcken <input type="checkbox"/>     | ohne Eierstöcke <input type="checkbox"/>      |
|  | mit Gebärmutterhals <input type="checkbox"/> | ohne Gebärmutterhals <input type="checkbox"/> |
| Ausschabung <input type="checkbox"/>           | Eierstockentfernung <input type="checkbox"/> | Brust-OP <input type="checkbox"/>             |
| Sterilisation <input type="checkbox"/>         | Bauchspiegelung <input type="checkbox"/>     | Schilddrüsen-OP <input type="checkbox"/>      |

Sonstige: \_\_\_\_\_

Gibt es in Ihrer Familie...

- |  |  |                                    |                                   |
|--|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| Herzerkrankungen <input type="checkbox"/>  | Gefäßerkrankungen <input type="checkbox"/> | Thrombose <input type="checkbox"/> | Diabetes <input type="checkbox"/> |
| Krebserkrankungen <input type="checkbox"/> | Sonstige: _____                            |                                    |                                   |

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?      Nein       Ja

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Nehmen Sie regelmäßig Nahrungsergänzungen (Vitamine, Mineralstoffe, sonstiges) ein?

Nein       Ja       Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Laut Gesetz dürfen Heilpraktiker/innen keine Bioidentischen Hormone verordnen.

Sie sind damit einverstanden, dass ein Arzt/Ärztin über Ihre Anamnese und Befunde zur Zusammenarbeit und gegebenenfalls zur Verordnung der bioidentischen Hormonpräparate informiert wird!

Bitte bestätigen Sie die Vollständigkeit und Richtigkeit Ihrer Angaben und Ihr Einverständnis mit Ihrer Unterschrift:

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift