

Fragebogen Hormone Frau

Liebe Patientin!

welche Beschwerden haben Sie derzeit? Helfen Sie, Ihre Beschwerden besser einzugrenzen und füllen Sie vor dem ersten Termin den Fragebogen vollständig aus. Senden Sie ihn bitte vor dem Termin per Mail zu.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Name: Vorname: Geb.-Datum:
 Strasse + Hausnr.: Postleitzahl: Ort:
 E-Mail: Tel. Festnetz: mobil:
 Selbstzahler Privatversichert Größe: Gewicht:

Veränderung des allgemeinen Wohlbefindens	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
körperliche Erschöpfung, Leistungsverminderung (fehlende Lust zu Unternehmungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Konzentrationsschwäche, erhöhtes Streßempfinden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Muskel- und Gelenkbeschwerden (Rückenschmerzen, Rheuma oder Fibromyalgie, Osteoporose, verminderte Muskelmasse) Muskelschwäche	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kopfschmerzen, Migräne (angespannte Hinterkopf- Nackermuskulatur), zyklusbedingte Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlafstörungen (Ein- und Durchschlafen, häufiges Erwachen) Müdigkeit, erhöhtes Schlafbedürfnis	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stimmungsschwankungen, Überempfindlichkeit, Reizbarkeit, Weinerlichkeit, Gedächtnisschwäche, ängstliche Depressionen (Unruhe, Nervosität)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gewichtszunahme (insbesondere Taille, Hüften)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Salz- oder Süßhunger, Blutzuckerschwankungen (Heißhungerattacken) Gallenblasenprobleme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wasseransammlungen, gespannte Brüste	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
häufige Blasenentzündungen, Inkontinenz (auch zeitweise)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
häufige vaginale Infektionen (bakteriell, Pilze)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Haarausfall, Bildung von Geheimratsecken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
verstärkte Körper- oder Gesichtsbehaarung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Fragebogen Hormone Frau

dünne oder trockene Haut, Akne, fettige Haut	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Frösteln, Kältegefühl, niedriger Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
hoher, oder schwankender Blutdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Herzklopfen, Flush (spontane Gesichtsrötung), Hitzewallungen, vermehrtes Schwitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Eierstockzysten, polyzystisches Ovar-Syndrom, Gebärmutterhalsveränderungen, fibrozystisches Brustgewebe, Myome	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
unerfüllter Kinderwunsch	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fehlgeburten (auch Schwangerschaftsunterbrechungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Unregelmäßige Blutungen (längerer oder kürzerer Zyklus)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
schwache oder keine Monatsblutung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
starke Monatsblutungen, Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
prämenstruelle Beschwerden (Tage vor dem Einsetzen der Monatsblutung), Mittelschmerz (Schmerzen im Unterbauch zum Zeitpunkt des Eisprungs)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Veränderung Libido (verminderte, oder fehlende Lust auf Sexualverkehr), vaginale Trockenheit, schmerzhafter Sexualverkehr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
nutzen Sie hormonelle Empfängnisverhütung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein