

Fragebogen zum Erstbesuch in der Hormonsprechstunde

Frau _____
Name, Vorname geb. am

Datum

wohnhaft in _____

Beruf: _____

z. Zt. berufstätig? Ja Nein

Grund für Ihren Besuch:

Krankheiten in der Familie (z. B. Erbkrankheiten, unerfüllter Kinderwunsch, Krebskrankheiten, Thrombose etc.):

Nein Falls ja, welche?

Allgemeine Krankengeschichte & Risikofaktoren:

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm

Standen Sie schon einmal wegen einer der folgenden Erkrankungen in ärztlicher Behandlung? Nein

- Schilddrüsenerkrankung Ja
- Thrombose Ja
- Bluthochdruck Ja
- Diabetes Ja
- Migräne Ja
- Epilepsie Ja
- andere (ggf. welche? z. B. auch Infektionen wie Hepatitis oder HIV)

Operationen:

Wurden Sie bereits an Unterbauchorganen operiert? Nein
(z. B. Blinddarm, Gebärmutter, Eierstöcke/Eileiter)

Falls ja, an welchen Organen und wann? _____

Hatten Sie sonstige Operationen Nein
Falls ja, welche, wo und wann? _____

Allergien? Nein
Falls ja, welche? _____

regelmäßig eingenommene Medikamente? Nein
Falls ja, welche, in welcher Dosis? _____

Rauchen Sie? Nein
Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag? _____

Wie oft trinken Sie Alkohol? _____

Nehmen oder nahmen Sie Drogen oder Ähnliches ein? Nein
Falls ja: wann und was? _____

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge? (Monat/Jahr) _____

Zyklus

Alter zum Zeitpunkt der ersten Regelblutung? _____ (Jahre)

Erster Tag der letzten Periode (Datum) _____

Zyklusdauer (vom 1.Tag der Blutung bis zum Einsetzen der nächsten Blutung):

- regelmäßig: mind. _____ Tage, max. _____ Tage
(ohne Einnahme von z. B. Pille)
- unregelmäßig: nur ca. _____-mal Blutung/Jahr
- keine Blutung ohne Einnahme von z.B. Pille

Blutungsdauer: _____ bis _____ Tage (Normal: 3-5 Tage)

Treten im Verlauf eines Zyklus unregelmäßige Blutungen auf
(Zwischenblutungen, Vor- oder Nachschmieren)? Ja Nein

Schwangerschaften

Waren Sie schon einmal schwanger? Ja Nein

Falls Ja:

Monat/Jahr	Entbindungsart*	Schw.-Dauer	Geschlecht	Kinderwunsch-Behandlung?
1.
2.
3.
4.
5.

(*Spontan-Geburt, Kaiserschnitt, Fehlgeburt, Abbruch oder Eileiterschwangerschaft)

Haben Sie aktuell Kinderwunsch? Ja Nein

Haben Sie aktuell Verhütungsbedarf? Ja Nein

Hormonbezogene Krankengeschichte der Frau

Haben Sie eine Zunahme der Körperbehaarung beobachtet? Nein
Falls ja, seit wann (Jahr) _____

Verstärkter Haarausfall? Nein
Falls ja, seit wann (Jahr) _____

Akne? Nein
Falls ja, seit wann (Jahr) _____

Ist eine Endometriose festgestellt worden? Ja Nein

Haben Sie Schmerzen beim Verkehr? Ja Nein

Schmerzen während Ihrer Regelblutung? Ja Nein

Ist bei Ihnen eine genetische Untersuchung und/oder Beratung
durchgeführt worden? Nein

Wenn ja, wann, was und warum?

Halten Sie noch irgendetwas für wichtig, was hier nicht gefragt wurde?
(z. B. besondere Stressbelastung, Konfliktsituationen, Sexualstörung u. a.)

Ort, Datum, Unterschrift