

Formular

Fragebogen Erstgespräch Hormonsprechstunde

Nummer: FO-14070 Gültig ab: Gültig ab

MVZ Endokrinologikum Ulm
Keltergasse 1
89073 Ulm

Patientenfragebogen Hormonsprechstunde

Datum

Ihre persönlichen Daten:

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Alter (Jahre): _____

Nationalität: deutsch andere welche: _____

Beruf: _____

Wer ist Ihr/e behandelnde/r Frauenarzt/-in? (Name + Ort): _____

Lebenssituation: alleinstehend mit Partner(in) / Kind(ern)
 mit Eltern _____

Meine Beschwerden sind:

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung (Krebsabstrich/Brustuntersuchung)?

_____ (Monat/Jahr)

Gebärmutterhalskrebs Impfung: ja nein unvollständig

Fragen zur körperlichen Entwicklung

Wie alt waren Sie bei Beginn der monatlichen Blutung? ca. _____ Jahre.

Fragen zu Ihrer Regelblutung

Zykluslänge vom 1. Tag der Blutung bis zur nächsten Blutung

Zykluslänge _____ Tage

unregelmäßig: Blutungsabstände zwischen _____ und _____ Tagen
 Wochen
 Monaten

Formular

Fragebogen Erstgespräch Hormonsprechstunde

Nummer: FO-14070 Gültig ab: Gültig ab

Wie viel Tage dauert Ihre Blutung durchschnittlich? _____ Tage

Wann war der erste Tag Ihrer letzten Regelblutung _____

Haben Sie Zwischenblutungen?

- Nein
- Ja Schmierblutungen **vor** oder **nach** der Regelblutung (unzutreffendes bitte streichen)
- Zwischenblutungen zu anderen Zeiten

Haben Sie an den Tagen **vor** Ihrer Regelblutung Beschwerden?

- Nein
- Ja, ich leide unter folgenden Beschwerden:

Fragen zu Haut und Haaren

Haben Sie eine Zunahme Ihrer Körperbehaarung bemerkt?

- Nein
- Ja Wo? _____
- Seit Wann? _____

Haben Sie verstärkten Haarausfall bemerkt?

- Nein
- Ja Wo am Kopf? Seit Wann? _____

Leiden Sie unter Akne?

- Nein
- Ja Wo? _____
- Seit Wann? _____

Formular

Fragebogen Erstgespräch Hormonsprechstunde

Nummer: FO-14070 Gültig ab: Gültig ab

Fragen zu Schwangerschaft/Geburt und gynäkologischen Erkrankungen

Besteht bei Ihnen zurzeit oder in Absehbarer Zeit Kinderwunsch

- Ja seit wann? _____
 Nein

falls nein, brauchen Sie die mit * gekennzeichneten Fragen nicht zu beantworten

Waren Sie schon einmal schwanger?

- Nein
 Ja Geburten, Nein Ja, wieviele? _____
 *1. _____ (Jahr) *2. _____ (Jahr) *3. _____ (Jahr)
 *4. _____ (Jahr) *5. _____ (Jahr)

* Gab es Frühgeburten <37+0 SSW? Nein Ja, welche Schwangerschaftswoche? _____

- Fehlgeburten: Nein Ja, wieviele? _____
 *1. _____ (Jahr) in der/im _____ Woche Monat
 *2. _____ (Jahr) in der/im _____ Woche Monat
 *3. _____ (Jahr) in der/im _____ Woche Monat
 *4. _____ (Jahr) in der/im _____ Woche Monat
 *5. _____ (Jahr) in der/im _____ Woche Monat

* Schwangerschaftsabbrüche:

- Nein
 Ja: _____ (Anzahl) In welchem Jahr: _____

* Wie ist/sind ihre Schwangerschaft/en entstanden?

- Spontan
 medikamentöse Hormontherapie
 ICSI, IVF, IUI

* Entstanden alle Schwangerschaften mit dem gleichen Partner?

- Ja
 Nein

Formular

Fragebogen Erstgespräch Hormonsprechstunde

Nummer: FO-14070 Gültig ab: Gültig ab

* Gibt es ein Spermogramm Ihres Partners? (Befund anfügen)

- Ja
- Nein

Hatten Sie schon einmal eine Unterleibserkrankung wie z. B. Entzündungen, Zysten, Endometriose?

- Nein
- Ja: Welche _____

Sind Sie schon einmal an Eierstöcken oder Gebärmutter operiert worden?

- Nein
- Ja welche Operation wurde durchgeführt: _____
- wann wurden Sie operiert: _____

Hatten Sie eine Erkrankung der Brust?

- Nein
- Ja Welche und wie wurden Sie behandelt?

Fragen zu Ihrem Hormonhaushalt

Haben Sie schon einmal Hormonpräparate wie z. B. die „Pille“ oder eine Hormonersatztherapie in den Wechseljahren eingenommen?

- Nein
- Ja

Medikament	Von	bis

350 Effective (geltend) / Tageskopie gültig / Review am: 28.10.2021 - Bolevic1 druckte am 26.04.2021 11:54:49 für Bolevic Daniela

Formular

Fragebogen Erstgespräch Hormonsprechstunde

Nummer: FO-14070 Gültig ab: Gültig ab

Nehmen Sie Medikamente ein? Falls Sie ein Vitamin-, Mineralstoff-, „Naturheil“-Präparat oder Beruhigungsmittel einnehmen, geben Sie dies bitte ebenfalls an.

Nein

Ja ■ Welche Dosis? Seit wann?

Fragen zu Ihren Lebensumständen und Lebensgewohnheiten

Hatten Sie in den letzten Jahren starke Schwankungen im Gewicht?

Gewichtszunahme: _____ kg; In welchem Zeitraum _____

Gewichtsabnahme: _____ kg; In welchem Zeitraum _____

Ernähren Sie sich regelmäßig mit mehreren Mahlzeiten pro Tag? Durch welche Kost?

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich: _____

Mischkost

vegetarisch

vegan

Rauchen Sie?

Nein

Ja wie viele Zigaretten am Tag/pro Woche _____

Trinken Sie Alkohol?

selten oder nie

gelegentlich bei Festen oder Feiern

regelmäßig. Was und wie viel: _____

Bewegen Sie sich regelmäßig bzw. treiben Sie regelmäßig Sport?

regelmäßig

gelegentlich

selten oder nie

Welchen Sport treiben Sie? _____

Wie viel Sporteinheiten pro Woche: _____ Einheiten

Leistungssport?

Nein

Ja wann? _____ was? _____