

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? \_\_\_\_\_