



## zu Ihrer Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

## Sehr verehrte Patientin,

Sie leiden unter Wechseljahresbeschwerden oder möchten sich allgemein zum Thema Hormonersatztherapie in den Wechseljahren informieren. Wir möchten Sie zu Ihrem individuellen Nutzen und eventuellen Risiken einer Hormonersatzbehandlung beraten. Um Ihren Bedürfnissen gerecht zu werden, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten und die zutreffenden Antworten anzukreuzen.

## Zyklusanamnese

Wann war ihre letzte und vorletzte Blutung?

(Datum letzte Blutung)

(Datum vorletzte Blutung)

### Falls Sie noch Blutungen haben:

Treten Ihre Regelblutungen in unregelmäßigen Abständen auf?

Ja

Nein

**Wenn ja, seit wann und in ca. welchen Zeitspannen?**

Haben Sie Zwischenblutungen?

Ja

Nein

Hat sich ihre Regelblutung in den letzten 2 Jahren verändert?

Ja

Nein

**Wenn ja, wie?**

häufiger

stärker

seltener

schwächer

Hatten Sie jemals längere Phasen ohne Regelblutungen?

Ja

Nein

## Wechseljahresbeschwerden

	keine	leicht	mittel	stark
[1] Hitzewallungen, Schwitzen (aufsteigende Hitze, nächtliche Schweißausbrüche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] depressive Verstimmungen (Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] Reizbarkeit (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[5] Ängstlichkeit (innere Unruhe, Panik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[6] Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[7] körperliches Erschöpfungsgefühl (allgemeine Leistungsminderung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[8] Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[9] Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[10] Gelenk- und Muskelbeschwerden (Gelenkschmerzen, rheumaähnliche Beschwerden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[11] Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[12] Brustspannen, Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[13] Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, häufiger Harnwegsinfekte, unwillkürlicher Urinverlust)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

keine leicht mittel stark

<input type="checkbox"/> [14] Scheidentrockenheit (Trockenheitsgefühl, Brennen, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> [15] Sexuelle Veränderungen (Veränderungen der Lust/ sexuellen Erregung und des Orgasmus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie diese Veränderung als belastend?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
<input type="checkbox"/> [16] (weitere nicht genannte Symptome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche(s) dieser o.g. Symptome belastet Sie am meisten?	<b>Nr.</b>	<input style="width: 100%;" type="text"/>		
		(nennen Sie die angegebenen Zahlen [1], [2], ...)		

**Lebensumstände, Risikofaktoren und Symptome**

Ihre Größe und aktuelles Gewicht:    
(Körpergröße) (Körpergewicht)

Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht verändert?  
 Ja  Nein **Wenn ja, um wieviel kg?** +  -

Bewegen Sie sich oder treiben Sie Sport?  regelmäßig  wenig  selten  nie

Rauchen Sie oder haben Sie geraucht?  Ja  Nein **Wenn ja, wieviel?**

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  Ja  Nein **Wenn ja, wieviel?**

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Pflanzenpräparate / Nahrungsergänzungsmittel ein?  
 Ja  Nein **Wenn ja, welche?**

(Platz für weitere Angaben z.B. Pille, Blutverdünner wie Marcumar u. Aspirin, Östrogene, ...)

Haben Sie in der Vergangenheit über einen längeren Zeitraum hochdosierte Cortison-Behandlungen bekommen?  
 Ja  Nein

Leiden Sie unter unklaren Ohnmachtsanfällen, oder treten bei Ihnen zum Teil starke Kopfschmerzen auf?  
 Ja  Nein **Wenn ja, wie oft?**

**Erkrankungen**

Liegt oder lag bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen vor?

**Kardiovaskulären Erkrankungen**  Ja  Nein **Wenn ja, welche?**

<input type="checkbox"/> Erhöhter Blutdruck	<input type="checkbox"/> Thrombose o. Lungenembolie	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt o. Schlaganfall
<input type="checkbox"/> Krampfadern	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Weitere (z. B. Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen, ...)

**Krebserkrankungen**  Ja  Nein **Wenn ja, welche?**

Art (Platz für weitere Angaben)

**Erkrankungen des Nervensystems**  Ja  Nein **Wenn ja, welche?**

<input type="checkbox"/> Migräne	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Parkinson	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Weitere (z.B. Polyneuropathie, ...)

**Stoffwechselerkrankung**  Ja  Nein **Wenn ja, welche?**

<input type="checkbox"/> erhöhte Blutfettwerte	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Gicht
<input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung	<input style="width: 100%;" type="text"/>	

Weitere (z.B. Mukoviszidose, Hashimoto, ...)

**Erkrankung der Nebennierenrinde**  Ja  Nein

**Blutgerinnungsstörung**  Ja  Nein **Wenn ja, welche?**

Art (z.B. Von-Willebrand-Jürgens-Syndrom, Hämophilie, Thromboseneigung, ...)

**Lungenerkrankung** (z. B. Asthma, COPD)  Ja  Nein

**Erkrankung des Verdauungssystems**  Ja  Nein **Wenn ja, welche?**

Leber  Galle  Bauchspeicheldrüse

**Knochen-/ Bindegewebserkrankung**  Ja  Nein **Wenn ja, welche?**

Osteoporose  Arthrose  Vitamin D-Mangel

Mischkollagenose

(z.B. Raynaud-Syndrom)

Weitere (z.B. Autoimmunerkrankungen des Bindegewebes, Systemischer Lupus erythematodes)

**Seelische Erkrankung?**  Ja  Nein **Wenn ja, welche?**

Art (z.B. Essstörung, Burn-Out, Depression, Belastungsstörung, Trauma, Angstzustände, Abhängigkeitserkrankung, ...)

**Allergien und Unverträglichkeiten**  Ja  Nein **Wenn ja, welche?**

Art (z.B. Medikamente z.B. Penicillin, sonstige...)

**Andere Erkrankungen?**  Ja  Nein **Wenn ja, welche?**

## Familienanamnese

Hatte ein naher Angehöriger (Mutter, Vater, Geschwister, Onkel, Tanten, Großeltern) eine der oben genannten oder andere schwere Erkrankungen?  Ja  Nein **Wenn ja, welche? / wer? / wann?**

Platz für weitere Angaben (bitte gehen Sie die Listen nochmals durch)

## Allgemein

Ist eine Blutungsfreiheit erwünscht?  Ja  Nein

Besteht der Wunsch nach einer Schwangerschaftsverhütung?  Ja  Nein

Haben Sie schon etwas gegen Wechseljahresbeschwerden unternommen?  Ja  Nein **Wenn ja, was?**

Haben Sie bestimmte Vorstellungen zur Therapie Ihrer Wechseljahresbeschwerden?  Ja  Nein **Wenn ja, welche?**

Haben Sie noch Fragen zu einem bestimmten Thema?

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie als Patientin, den Bogen nach Ihrem besten Wissen selbst ausgefüllt zu haben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)