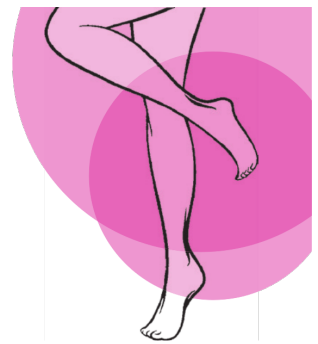




Fragebogen Hormonbehandlung – Erstvorstellung

Hormonanalyse und Hormonsubstitution mit körperidentischen Hormonen (Methode nach Rimkus)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Beschwerdebogen

Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile an, wie stark die Beschwerde in den letzten vier Wochen war.

Beschwerde	nie (0)	selten (1)	häufig (2)	oft/stark (3)
Ich leide unter Gelenk- und/oder Rückenschmerzen	☐	☐	☐	☐
Meine Merkfähigkeit lässt nach	☐	☐	☐	☐
Ich schwitze tagsüber und/oder nachts auch ohne Belastung	☐	☐	☐	☐
Mein Schlaf ist gestört (Ein- und/oder Durchschlafstörungen)	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Kopfschmerzen	☐	☐	☐	☐
Meine sexuelle Lust nimmt ab	☐	☐	☐	☐
Ich beobachte eine fortschreitende Gewichtszunahme	☐	☐	☐	☐
Ich muss nachts Wasser lassen	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Trockenheit von Haut/Schleimhaut (Haut, Scheide, Augen)	☐	☐	☐	☐
Ich beobachte einen zunehmenden Haarausfall	☐	☐	☐	☐
Ich leide unter Luftnot bei körperlicher Belastung	☐	☐	☐	☐
Ich habe Herzstolpern und/oder Herzrasen	☐	☐	☐	☐
Meine Lebensenergie lässt nach	☐	☐	☐	☐
Ich habe Anfälle von Traurigkeit/Weinerlichkeit	☐	☐	☐	☐
Ich bin meines Lebens überdrüssig	☐	☐	☐	☐
Ich habe das Gefühl, weniger wert zu sein	☐	☐	☐	☐
Ich drücke mich zunehmend vor Verantwortung	☐	☐	☐	☐

Summe (wird in der Praxis ausgewertet)

Wenn Sie sich Ihres Lebens überdrüssig fühlen, sprechen Sie uns bitte direkt an. Hilfe rund um die Uhr: Telefonseelsorge 0800 111 0 111.

Wichtige Vorerkrankungen

Thrombose oder Lungenembolie (auch in der Familie)	☐ nein ☐ ja	
Brustkrebs, Gebärmutter- oder Eierstockkrebs (auch in der Familie)	☐ nein ☐ ja	
Prostataerkrankung oder Prostatakrebs	☐ nein ☐ ja	
Schlaganfall, Herzinfarkt	☐ nein ☐ ja	
Lebererkrankung	☐ nein ☐ ja	
Migräne mit Aura	☐ nein ☐ ja	
Myome oder Endometriose	☐ nein ☐ ja	

Bisherige Hormonbehandlungen (Präparat, Zeitraum, Verträglichkeit)

Nur für Frauen

Letzte Regelblutung

Zyklus regelmäßig? Länge in Tagen

Letzte frauenärztliche Vorsorge (Datum)

Verhütung

Nur für Männer

Letzte urologische Vorsorge (Datum)

Letzter PSA-Wert (falls bekannt)

Ort, Datum

Unterschrift

Auswertung (Praxis): 1–17 Punkte: keine sicheren Wechseljahresbeschwerden · 18–34 Punkte: Wechseljahresbeschwerden wahrscheinlich · über 34 Punkte: ausgeprägte Beschwerden.