



Fragebogen Gesundheitszustand und Hormon bedingte Symptome

Gesundheitszustand

zutreffendes bitte ankreuzen

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menopause | <input type="checkbox"/> Polyzystisches Ovarial Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck) | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Hypotonie (zu niedriger Blutdruck) | <input type="checkbox"/> Haschimoto-Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Prämenopause | <input type="checkbox"/> Skoliose |
| <input type="checkbox"/> Osteopenie | <input type="checkbox"/> Hohlkreuz |
| <input type="checkbox"/> Vorzeitige Menopause (keine Menstruation) | <input type="checkbox"/> Endometriose |
| <input type="checkbox"/> Osteoporose | <input type="checkbox"/> Brustkrebs |
| <input type="checkbox"/> Postmenopause | <input type="checkbox"/> Buckel |
| <input type="checkbox"/> erhöhter Cholesterinwert | <input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Hysterektomie | <input type="checkbox"/> Nackenbeschwerden |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-Unterfunktion | <input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-Überfunktion | <input type="checkbox"/> Myom |
| <input type="checkbox"/> Eierstöcke noch vorhanden | <input type="checkbox"/> Sehnenentzündung |
| <input type="checkbox"/> Übermäßige Blutungen | <input type="checkbox"/> Arthritis |
| <input type="checkbox"/> Unregelmäßige Blutungen | <input type="checkbox"/> Hormonmangel |
| <input type="checkbox"/> Zwischenblutungen | <input type="checkbox"/> andere Autoimmunerkrankungen |
| <input type="checkbox"/> andere Krankheiten | |

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?

Nehmen Sie künstliche oder natürliche Hormone ein (HRT – Hormonersatztherapie)? Wenn ja, welche, seit wann und in welchem Umfang? Hat sich seit der Einnahme etwas verändert und wenn ja, welche Symptome haben sich verbessert oder verschlechtert?

Symptome

Bewerten Sie die Intensität mit 0 (gar nicht), 1, 2, oder 3 (stark)

- | | |
|--|------------------------------|
| 0-1-2-3 Hitzewellen | 0-1-2-3 Vergesslichkeit |
| 0-1-2-3 Migräne | 0-1-2-3 Herzklopfen |
| 0-1-2-3 Trockenheit der Scheide | 0-1-2-3 Haarausfall |
| 0-1-2-3 Panik | 0-1-2-3 Mattigkeit |
| 0-1-2-3 Scheidenjucken | 0-1-2-3 Trockene Haut |
| 0-1-2-3 Kopfschmerzen | 0-1-2-3 Lustlosigkeit |
| 0-1-2-3 Vermindert sexuelles Verlangen | 0-1-2-3 Brüchige Nägel |
| 0-1-2-3 Gelenkschmerzen | 0-1-2-3 Depression |
| 0-1-2-3 Reizbarkeit | 0-1-2-3 Verlangsamtes Denken |



- | | |
|--|---------------------------------------|
| 0-1-2-3 Hautjucken | 0-1-2-3 Prämenstruelles Syndrom |
| 0-1-2-3 Emotionale Instabilität | 0-1-2-3 Beklemmung |
| 0-1-2-3 Schlafstörungen | 0-1-2-3 Schwacher Geruchssinn |
| 0-1-2-3 Unruhe | 0-1-2-3 fettige unreine Haut |
| 0-1-2-3 Stimmungsschwankungen | 0-1-2-3 Schwindelgefühle |
| 0-1-2-3 Nachtschweiß | 0-1-2-3 Heißhunger auf Süßes |
| 0-1-2-3 Schmerzen beim Sex | 0-1-2-3 starke Zellulite |
| 0-1-2-3 Häufige Erkältungen | 0-1-2-3 schmerzhafte Krampfadern |
| 0-1-2-3 Antriebslosigkeit | 0-1-2-3 Streitlust |
| 0-1-2-3 häufige Müdigkeit | 0-1-2-3 häufiger Harndrang |
| 0-1-2-3 schnelle Erschöpfung | 0-1-2-3 Verstopfung |
| 0-1-2-3 Übergewicht | 0-1-2-3 Passivität/Lethargie |
| 0-1-2-3 Bedürfnis nach Rückzug | 0-1-2-3 rasche Vergrößerung der Poren |
| 0-1-2-3 geringes Selbstvertrauen | 0-1-2-3 schnelles Genervtsein |
| 0-1-2-3 Zunahme an Bauchfett (nicht allgemeine Zunahme) | |
| 0-1-2-3 weniger Gelassenheit/stärkere Intoleranz | |
| 0-1-2-3 längere Regeneration nach Anstrengung | |
| 0-1-2-3 blinder Aktionismus (Tun um des Tun willens) | |
| 0-1-2-3 Gefühl von ständiger Bleiernheit | |
| 0-1-2-3 Schmerzen in der Zyklusmitte (Eisprung) | |
| 0-1-2-3 Erektionsstörungen (auch zu geringes Anschwellen der Klitoris) | |
| 0-1-2-3 herabhängendes Gewebe (Bauch, Oberschenkelinnenseite) | |

TSH (Thyroid-Stimmulierendes-Hormon) _____	DHEA _____
FSH (Follikelstimulierendes Hormon) _____	LH (Luteinisierendes H.) _____
Östradiolwert _____	Progesteron _____

Name _____

Anschrift _____

PLZ _____ Ort _____

Telefon _____ Alter _____

eMail _____

Dieser Fragebogen ist zur Bestandsaufnahme zu Beginn dieser Hormon-Therapie und zur regelmäßigen monatlichen Eigenüberprüfung gedacht. Jeweils nach drei Monaten sollten die Hormonwerte erneut bestimmt werden.