



Name, Vorname \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ cm BMI \_\_\_\_\_

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorge beim Frauenfacharzt? (Monat/Jahr) \_\_\_\_\_

Welche Beschwerden führen Sie zu uns? Warum stellen Sie sich in unserer Sprechstunde vor?

---

---

---

---

---

---

**Zyklus:**

1. Wann hat bei Ihnen die Entwicklung der Scham- und Achselbehaarung eingesetzt? Mit \_\_\_\_\_ (Jahren)
2. Wann hat bei Ihnen die Brustentwicklung eingesetzt? Mit \_\_\_\_\_ (Jahren)
3. Wie alt waren Sie bei Beginn der monatlichen Blutung? Ca. \_\_\_\_\_ (Jahren)
4. Erster Tag der letzten Periode: \_\_\_\_\_ (Datum)
5. Erster Tag der vorletzten Periode: \_\_\_\_\_ (Datum)
6. Zyklusdauer (vom 1.Tag der Blutung bis zum Einsetzen der nächsten Blutung): \_\_\_\_\_ (Tage)
  - regelmäßig: mindestens \_\_\_\_\_ Tage, höchstens \_\_\_\_\_ Tage (ohne Einnahme von z. B. Pille)
  - unregelmäßig: nur ca. \_\_\_\_\_ -mal Blutung/Jahr bzw. Blutungsabstand zwischen \_\_\_\_\_ und \_\_\_\_\_ (Tage/Wochen/Monate)
  - keine Blutung ohne Einnahme von z.B. Pille oder Hormonen seit \_\_\_\_\_ (Datum)
7. Blutungsdauer: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Tage (normal: 3-5 Tage)
8. Treten im Verlauf eines Zyklus unregelmäßige Blutungen (Zwischenblutungen, Vor- oder Nachschmieren) auf? \_\_\_\_\_
9. Wie stark ist Ihre Blutung: leicht mittel stark





**Schwangerschaften:**

1. Waren Sie schon einmal schwanger?

- Nein
- Ja

	Monat/Jahr	SSW	Ausgang der Schwangerschaft*	Gewicht	Geschlecht	Kinderwunschbehandlung
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

(\*Spontan-Geburt, Kaiserschnitt, Fehlgeburt, Abbruch oder Eileiterschwangerschaft)

**Gynäkologische Erkrankungen:**

1. Ist eine Endometriose festgestellt worden?

- Nein
- Ja

Wenn ja , wann (Jahr) \_\_\_\_\_ Behandlung: \_\_\_\_\_

2. Haben Sie eine Unterleibsentzündung gehabt?

- Nein
- Ja

Wenn ja , wann (Jahr) \_\_\_\_\_ Behandlung: \_\_\_\_\_

3. Hatten Sie bereits eine Zyste oder Zysten am Eierstock?

- Nein
- Ja

Wenn ja , wann (Jahr) \_\_\_\_\_ Behandlung: \_\_\_\_\_



4. Sind Sie schon einmal an Eierstöcken oder Gebärmutter operiert worden?

- Nein
- Ja

Wenn ja , wann (Jahr) \_\_\_\_\_ Operation: \_\_\_\_\_

5. Hatten Sie eine Erkrankung der Brust?

- Nein
- Ja

Wenn ja , wann (Jahr) \_\_\_\_\_ Behandlung: \_\_\_\_\_

**Ihr Hormonhaushalt:**

1. Haben Sie schon einmal Hormonpräparate wie die Pille oder eine Hormonersatztherapie in den Wechseljahren eingenommen?

- Nein
- Ja

Medikament: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

Medikament: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

Medikament: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

2. Leiden oder litten Sie an einer Erkrankung der Schilddrüse?

- Nein
- Ja

Art der Erkrankung: \_\_\_\_\_ Jahr der Feststellung: \_\_\_\_\_

Behandlung: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_

Operation: \_\_\_\_\_ sonstiges: \_\_\_\_\_

3. Haben Sie Zucker (Diabetes mellitus)?

- Nein
- Ja

Art der Erkrankung: \_\_\_\_\_ Jahr der Feststellung: \_\_\_\_\_

Medikament: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

Medikament: \_\_\_\_\_ Zeitraum: \_\_\_\_\_

Letzter Zuckerwert: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_



4. Haben Sie eine Erkrankung der Nebenniere?

- Nein
- Ja

Art der Erkrankung: \_\_\_\_\_ Jahr der Feststellung: \_\_\_\_\_

Behandlung: \_\_\_\_\_ Medikamente: \_\_\_\_\_

Operation: \_\_\_\_\_ sonstiges: \_\_\_\_\_

**Allgemeine Krankengeschichte & Risikofaktoren:**

1. Sind Sie von einigen der folgenden Beschwerden besonders betroffen?

Intensität	0	1	2	3	4
Hitzewallungen/Schweißausbrüche					
Fleckige Hautrötung					
Herzklopfen/Herzrasen/Herzstolpern					
Nächtliche Unruhe/Schlafstörungen					
Probleme beim Wasserlassen, häufiger oder unwillkürlicher Harndrang bzw Harnverlust					
Trockene Scheide/Beschwerden beim Geschlechtsverkehr					
Minderung des sexuellen Interesses					
Depressivität/Ängstlichkeit					
Reizbarkeit/Nervosität					
Müdigkeit / Schwäche, verminderte Leistungsfähigkeit					
Kochenschmerzen					
Gelenkschmerzen					

2. Haben Sie schon einmal eine der folgenden Erkrankungen gehabt?

	ja	nein	Bemerkung
Migräne/Schlaganfall/Epilepsie			
Thrombose/Embolie			
Bluthochdruck			
Bronchitits, Asthma			
Fettstoffwechselstörung			
Krebs			
Seelische Erkrankungen			
Allergie			
Osteoporose/Arthrose			



3. Leiden Sie unter anderen Erkrankungen (angeborene, erworbene oder chronische Erkrankungen), Infektionen, Z.n. Unfällen, nicht aufgeführte Zustände?

---

4. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Nein
- Ja

Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie, in welcher Dosis?

---

---

---

5. Haben Sie schon einmal im Krankenhaus gelegen?

---

---

6. Wurde bei Ihnen eine genetische Untersuchung durchgeführt?

- Nein
- Ja

Wenn ja, warum, wann, was wurde untersucht und erfolgte eine genetische Beratung?

---

---

7. **Krankheiten in der Familie** z. B. Erbkrankheiten, Krebskrankheiten, Thrombose etc.

---

---



**Lebensgewohnheiten:**

1. Rauchen Sie?

- Nein
- Ja

Wenn ja, wie viele Zigaretten pro Tag? \_\_\_\_\_

2. Wie oft trinken Sie Alkohol?

- Nein
- Ja

Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_

3. Nehmen oder nahmen Sie Drogen oder Ähnliches ein?

- Nein
- Ja

Wenn ja, wann und was? \_\_\_\_\_

4. Halten Sie Ihr Gewicht in den letzten Jahren eher konstant oder hat sich Ihr Gewicht verändert?

Konstant      schwankend: von \_\_\_\_\_ kg bis \_\_\_\_\_ kg  
in den letzten \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren

Zunahme: von \_\_\_\_\_ kg bis \_\_\_\_\_ kg  
in den letzten \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren

Abnahme: von \_\_\_\_\_ kg bis \_\_\_\_\_ kg  
in den letzten \_\_\_\_\_ Monaten/Jahren

5. Ernähren Sie sich regelmäßig mit mehreren Mahlzeiten/Tag und durch welche Kost?

3-4 Mahlzeiten/Tag      1-2 Mahlzeiten/Tag      5 oder mehr Mahlzeiten/Tag

Mischkost      Vegetarisch      Vegan      Einseitig: \_\_\_\_\_

6. Bewegen Sie sich regelmäßig bzw treiben Sie regelmäßig Sport?

Regelmäßig: \_\_\_\_\_      gelegentlich: \_\_\_\_\_      selten oder nie

7. Halten Sie noch etwas für wichtig, das bisher nicht gefragt wurde? Wie z. B. besondere Belastung, Konfliktsituationen, Sexualstörung u. a.

---



Praxis für  
Kinderwunsch & Hormone  
Hamburger Straße

## Fragebogen Hormone Erstgespräch

Raum für weitere Anmerkungen:

---

---

**Hiermit bestätige ich, dass die Angaben in dem Fragebogen wahrheitsgetreu sind. Sollten sich im Laufe der Behandlungszeit Änderungen ergeben, werde ich diese der Praxis für Kinderwunsch und Hormone – Hamburger Straße unverzüglich und unaufgefordert mitteilen.**

---

Name, Vorname

Hamburg, den \_\_\_\_\_

---

Unterschrift