



Anamnesefragebogen für die Patientinnen der Hormonsprechstunde

- Patientenetikett Frau -

Sehr geehrte Patientin,

willkommen in der Hormonsprechstunde der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg.
Wir möchten Sie bitten, den folgenden Fragebogen auszufüllen.

Name _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Geburtsort _____
Straße _____	
PLZ / Ort _____	
Telefon _____	Handy _____
E-Mail _____	
Beruf _____	
Krankenversicherung _____	
Behandelnder Frauenarzt/ärztin _____	

Bitte legen Sie Ihrer/ Ihrem behandelnden Ärztin/Arzt den Fragebogen vor und besprechen Sie gegebenenfalls unklare Einzelheiten. Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung.

Prof. Dr. med. Dr. h. c. Thomas Strowitzki
Ärztlicher Direktor der Abt. 4.2

Prof. Dr. med. Ariane Germeyer
Ltd. Oberärztin der Abt. 4.2

Fragebogen

Kennen Sie Ihre Befunde bzgl.:

Chromosomensatz _____

Rötelschutz _____ (wurden bei Ihnen Antikörper nachgewiesen?)

Windpockenschutz _____ (wurden bei Ihnen Antikörper nachgewiesen?)

AMH Wert (Frau) _____ (Datum der Abnahme: _____)

Blutgruppe _____

Angaben zum Gewicht und Körpergröße

Frau: Gewicht _____ kg Größe _____ cm

Waren Sie schon einmal ernsthaft krank?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Erkrankungen?

Thrombose/Lungenembolie → Ursache: unbekannt; _____

Bluthochdruck **Krampfadern**

Schilddrüsenerkrankung : Unterfunktion (Hashimoto) Überfunktion

Zuckerkrankheit/Diabetes: Typ I / Typ II → diätetisch eingestellt: ja/ nein

Migräne → ohne Aura/ mit Aura?

Krampfleiden/Epilepsie

Zysten im Eierstock? Ist bei Ihnen eine **Endometriose bekannt?** ja nein

Z.n. **Unterleibsentzündungen?** Wurden diese antibiotisch behandelt ja nein

Z.n. **Blinddarmentzündung?**

Depressionen **Antriebsstörung** **Konzentrationsstörungen**

Harninkontinenz **trockene Schleimhäute** **vaginaler Juckreiz**

Andere _____

Gab es in Ihrer Familie Erkrankungen?

Sind folgende Erkrankungen bei Ihren Geschwistern/ Eltern/Großeltern bekannt? (Alter)

Thrombose _____ Embolie _____ Herzinfarkt _____

sonstige Gerinnungsstörungen (ggf. welche?) _____

Krebserkrankungen (ggf. welche?) _____

Sonstige _____

Fragen zum Zyklus

Wie alt waren Sie bei Ihrer **ersten Monatsblutung**? ca. _____ Jahre

In **welchen Abständen haben Sie Periodenblutungen** (vom 1. Tag der Regel bis zum 1. Tag der nächsten Regel)? zwischen _____ und _____ Tagen

zurzeit habe ich **keine** Periodenblutung

Wie **viele Tage dauert die Periodenblutung** durchschnittlich? _____ Tage

Wann begann Ihre letzte Periodenblutung? am _____

Haben Sie **Schmerzen während Ihrer Periodenblutung**?

nein/ ja, dann nehme ich: _____

Haben Sie **Schmerzen beim Geschlechtsverkehr**? Ja Nein

Haben Sie **Schmerzen beim Wasserlassen**? Ja Nein

Haben Sie **Schmerzen beim Stuhlgang**? Ja Nein

Haben Sie **Schmierblutungen**?

nein/ ja → vor oder nach der Blutung dazwischen: _____

Haben Sie **Ausfluss**?

nein/ ja → seit wann: _____ **Wie sieht dieser aus?** _____

Nehmen Sie oder haben Sie früher Hormone (Pille/Hormonersatzpräparate) eingenommen?

Pille nein

ja von _____ bis _____ Welche _____

von _____ bis _____ Welche _____

von _____ bis _____ Welche _____

Hatten Sie Nebenwirkungen durch die Pille: nein ja, welche:

Sonstige Hormonpräparate nein

ja von _____ bis _____ Welche _____

von _____ bis _____ Welche _____

von _____ bis _____ Welche _____

Hatten Sie Nebenwirkungen durch Hormone: nein ja, welche:

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Spirale gelegt?

Spirale nein
 ja von _____ bis _____ welche _____
 von _____ bis _____ welche _____

Wurden bei Ihnen Operationen durchgeführt? Wenn ja, welche?

Jahr	Art der Operation	Besonderheiten/ Befunde

Wann war Ihre **letzte Krebsvorsorge**? _____ (Monat/Jahr),

Ergebnis: unauffällig: ja nein: _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Mammografie durchgeführt ja nein

Jahr _____

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Darmspiegelung durchgeführt ja nein

Jahr _____

Schwangerschaften

Waren Sie schon einmal schwanger? ja nein

Machen Sie bitte Angaben über die bisherigen Schwangerschaftsverläufe:

Jahr	Jetziger Partner	Verlauf (Probleme im Verlauf? Abort? Abbruch?)	Geburtsmodus (Spontangeburt/Kaiserschnitt)
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Welche _____

Rauchen Sie? nein ja Wenn ja: seit wann? _____ Zigaretten/Tag _____

Sonstige Drogen? E-Zigarette: nein ja

Cannabis: nein ja

Trinken Sie Alkohol? nie selten gelegentlich regelmäßig

Sind bei Ihnen Allergien bekannt nein ja

Welche _____

Hier ist Platz für sonstige wichtige Informationen, die Sie uns mitteilen möchten:

Ich bestätige die Korrektheit der gemachten Angaben. Mir ist bekannt, dass die Unterlagen nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist vernichtet werden.

Ort, Datum

Unterschrift der Patientin