

Formular

# Fragebogen Hormone

Nummer: FO-23782 Gültig ab: Gültig ab

Datum: \_\_\_\_\_

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Name und Anschrift des behandelnden Gynäkologen

---

Wie können wir Sie kontaktieren?

- Telefon \_\_\_\_\_
- E-Mail \_\_\_\_\_
- Handy \_\_\_\_\_

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

- Internet
- Empfehlung anderer Ärzte
- Private Empfehlung

**Ich bin einverstanden, dass bei Bedarf meine alten Befunde von anderen Ärzten angefordert werden.**

**Nein**  **Ja**

Vorerkrankungen/Operationen:

---

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

---

Größe: \_\_\_\_\_ cm

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Sind Ihnen Allergien bekannt?  Nein  Ja

Falls Ja, welche \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  Nein  Ja, \_\_\_\_\_ Zigaretten/pro Tag

Formular

# Fragebogen Hormone

Nummer: FO-23782 Gültig ab: Gültig ab

Wie viel Alkohol trinken Sie pro Tag? \_\_\_\_\_

In welchem Alter war Ihre erste Monatsblutung? \_\_\_\_\_

Ist der Zyklus regelmäßig?  Nein  Ja, Dauer \_\_\_\_\_

An welchem Zyklustag sind Sie heute (gezählt ab dem 1.Tag der letzten Blutung)? \_\_\_\_ . Tag

Besteht der Zyklus noch?  Nein , nicht mehr seit \_\_\_\_\_ Jahren  Ja

Anzahl und Jahr der Schwangerschaften \_\_\_\_\_

Hatten Sie Fehlgeburten?  Nein  Ja, wie viele \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Hormone ein? Pille  Nein  Ja, welche \_\_\_\_\_

Hormone in den Wechseljahren  Nein  Ja, welche \_\_\_\_\_

Ist in der Familie ein Diabetes bekannt?  Nein  Ja

Unterschrift der Patientin: \_\_\_\_\_