



Fragebogen für Frauen

Patientendaten:

Vorname:

Straße:

Sozialversicherungsnummer/Kasse:

Familienstand:

Telefonnummer:

Nachname:

Ort/PLZ:

Geburtsdatum:

Beruf:

Email-Adresse:

Allgemeinanamnese:

Allergien:

Größe:

Gewicht:

Gewichtsschwankungen:

Nikotinkonsum: (Pkg oder Stk pro Tag)

Alkoholkonsum:

Regelmäßig tgl mtl
 Selten überhaupt nicht
Was trinken Sie bevorzugt?

Medikamente:

Nahrungsergänzungsmittel:

Operationen:

Frühere Erkrankungen:

Familienanamnese:

Gibt es Krankheiten oder Allergien in Ihrer Familie?

zB Heuschnupfen, Rheuma, Diabetes mellitus, Nierenerkrankungen, Lebererkrankungen, Herzinfarkt, Schlaganfall, Osteoporose, Tumorerkrankungen zB Brustkrebs, Darmkrebs etc.

Erkrankungen Ihrer Mutter:

Großeltern mütterlicherseits:

Erkrankungen Ihres Vaters:

Großeltern väterlicherseits:

Anzahl der Geschwister:

Erkrankungen der Geschwister:

Miktion / Harnblase/ Niere

Hatten/Haben Sie häufig Harnwegsinfekt? JA NEIN

Hatten/Haben Sie häufig Lippenherpes? JA NEIN

Inkontinenz der Blase JA NEIN

Defäkation / Stuhlgang

Haben Sie Probleme beim Stuhlgang? JA NEIN

Verstopfung? JA NEIN Durchfall? JA NEIN

Blut oder Schleim im Stuhlgang?

Leiden Sie unter Blähungen? JA NEIN

Wie oft haben Sie Stuhlgang?

Ist der Stuhlgang eher hell oder dunkel?

Schlaf:

Schlafen Sie gut ein? JA NEIN

Schlafen Sie durch? JA NEIN

Um wie viel Uhr wachen Sie wenn auf?

Träumen Sie häufig? JA NEIN Alpträume? JA NEIN

Sind Sie am Morgen ausgeschlafen? JA NEIN

Haben Sie eine Tageszeit an der Sie regelmäßig sehr müde werden?

Gynäkologische Anamnese:

Mit wie viel Jahren hatten Sie Ihre erste Regelblutung?

Haben Sie einen regelmäßigen Zyklus?

JA NEIN

Wie lange ist Ihr Zyklus?

Wie lange dauert die Regelblutung?

Wann war der 1. Tag Ihrer letzten Regelblutung?

Empfinden Sie die Blutung als stark? JA NEIN

Wie haben Sie bisher verhütet?

Pille: Hormonspirale (Mirena, Yadis) NuvaRing Implanon Sonstiges:

Hatten/ Haben Sie Beschwerden, wie beim Prämenstruellen Syndrom?

Reizbarkeit vor der Regelblutung Depressive Verstimmung Aufgeblähter Bauch

Wassereinlagerungen Brustspannen Kopfschmerzen Migräne

Anzahl:

Schwangerschaften?

Hatten Sie Fehlgeburten?

JA NEIN

Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche?

JA NEIN

Gab es Probleme in der Schwangerschaft?

Übelkeit: Bis zu welchem Monat? Wassereinlagerungen zB in den Beinen? Schwangerschaftsdiabetes

Bluthochdruck? Schwangerschaftsvergiftung?

Wie ist die Geburt verlaufen?

normale Geburt Saugglockengeburt Kaiserschnitt

Haben/hatten Sie eine Eierstockzyste?

JA NEIN

Haben/hatten Sie ein Myom?

JA NEIN

Haben/hatten Sie eine Eileiterschwangerschaft?

JA NEIN

Haben/hatten Sie Brustspannen,

Zysten in der Brust oder andere Auffälligkeiten?

Sind Sie in den Wechseljahren?

Wenn JA, wann war die letzte Periode?

Symptome:

Hitzewallungen v.a. nachts Haarausfall Schlafstörung Ungewöhnliche Gewichtszunahme

Depressive Verstimmung Vaginale Trockenheit Inkontinenz der Blase

Abnahme des sexuellen Verlangens Gelenks- und/oder Muskelschmerzen Rückenschmerzen

Wann war die letzte Gynäkologische Untersuchung?

Wann war die letzte Mammographie?

Temperaturempfinden:

Haben Sie kalte Hände oder Füße?

Schwitzen Sie schnell? JA Nein

Wo schwitzen Sie am stärksten?

Gesicht Körper Achseln

Füße Hände

Sind Sie Links-oder Rechtshänder:

Wurden Sie umgeschult? JA Nein

Ernährung:

Wie viel Mahlzeiten essen Sie pro Tag ?

Bevorzugte Geschmacksrichtung? süß sauer salzig bitter scharf

Trinken Sie Kaffee? JA NEIN Tassen pro Tag

Welche Öle/Fette verwenden Sie zum Kochen und für Salatdressing? Zum Anbraten:
Salatdressing:

Wie viel Fisch essen Sie? überhaupt nicht in der Woche ...
 pro Monat... im Jahr ...

Wie oft essen Sie Fleisch?

Welche Fleischsorten essen Sie? Schweinefleisch Geflügel Rind
 Kalb Wild Lamm Sonstiges:

Wie oft essen Sie Brot? tgl wtl mtl gar nicht

Wie oft essen Sie Nudeln? tgl wtl mtl gar nicht

Verwenden Sie Sojaprodukte? JA -> ... x pro ... NEIN

Konsumieren Sie Milchprodukte? Butter Milch Käse Joghurt

Sonstiges:

Was und wie viel trinken Sie pro Tag?

Psychologische Anamnese:

Wie würden Sie sich selber einschätzen?

depressiv nachdenklich/grüblerisch besorgt humorvoll/lustig

leicht reizbar gestreßt neugierig

Sonstiges:

Können Sie sich gut auf mehrere Tätigkeiten einstellen? JA NEIN

Ist Ihre Konzentration/Gedächtnis normal? JA NEIN

Hatten/Haben Sie einen Erschöpfungszustand? JA NEIN

Hatten/Haben Sie ein Mobbing Problem? JA NEIN

Wurden Sie einmal traumatisiert? JA NEIN

Hatten/Haben Sie Ängste? JA NEIN

Was für eine Form von Angst?

Existenzangst Angst vor Krankheiten

Angst vor einer Gewalttat (Raub, Einbruch)

Flugangst Platzangst

Angst vor speziellen Tieren

Angst bei großen Menschenmengen

Sonstiges:

Leiden Sie unter Depressionen?

Welche Erwartungen haben Sie bezüglich der
Behandlung?

Welche Ziele wollen Sie erreichen?