



Persönliche Daten

Name: _____

Geburtsjahr: _____

Alter: _____

Gewicht: _____

Größe: _____

Bitte beidseitig ausdrucken!

» Wegen welcher Beschwerden, Fragen, Probleme suchen Sie meinen Rat? _____

» Was wurde bisher wo medizinisch abgeklärt? Evt. aktuelle Arztbericht/Blutwerte zum Termin bitte mitbringen

Bereiche im Fragebogen, die für Sie nicht zutreffen, einfach übergehen.

Anamnese

» Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein, wenn ja welche und für was (auch pflanzliche, homöopathische Mittel)? _____

» Nehmen Sie derzeit **Psychopharmaka** ein, wenn ja welche? _____

» Wurde schon einmal wegen Ihrer **Schilddrüse** eine Diagnose gestellt, wenn ja welche und wann? _____

(Wenn möglich bitte aktuelle Befundberichte mitbringen)

» Nehmen Sie **Medikamente für die Schilddrüse** ein, wenn ja welche? _____

» Welche **Impfungen** erhielten Sie in den letzten 10 Jahren? _____

» Wurden Sie schon einmal operiert? Wenn ja, **welche Operationen** wurden durchgeführt und **wann?** _____

» Gab es **auffällige Beschwerden** in der Zeit **nach dem Eingriff?** Gibt es **Narbenschmerzen?** _____

» Hatten Sie schon einmal einen **Unfall?** Wenn ja, wann und mit welchen Verletzungen? _____

» Hatten Sie **Zahn-/Wurzelbehandlungen** in den vergangenen Jahren, wenn ja welche und welcher Zahn? _____

» Haben Sie **Amalgamfüllungen** im Mund, wenn ja wie viele? _____

» **Antibiotikabehandlungen** in den letzten 10 Jahren: insgesamt circa 1 – 3 4 - 10

Mehr als 10

» Haben Sie schon mal eine **Entgiftung** durchgeführt, wenn ja in welcher Form? _____

» Sind irgendwelche **Allergien** bei Ihnen bekannt (Pollen, Gräser, Lebensmittel, Medikamente, Tierhaare, Bienen- oder Wespengift...)? Wenn ja, welche? _____

» Hatte Ihre Mutter während der Schwangerschaft mit Ihnen, irgendwelche Krankheiten? Unfälle, Todesfälle oder schwerwiegende Ereignisse während dieser Zeit? _____

» Gab es Komplikationen bei Ihrer Geburt? _____

» Wie empfinden Sie sich gegenüber **Infektionskrankheiten?** Anfällig Robust

» Gab (oder gibt) es in Ihrem Leben eine **Krebsdiagnose?** Wenn ja, in welchem Organ? _____

» Gibt oder gab es eine **Krebsdiagnose in Ihrer Familie?** _____

» Welche **Erkrankungen** gibt es **in der Familie?**

Vater:

Mutter:

Oma väterlicherseits:

Opa väterlicherseits:

Oma mütterlicherseits:

Opa mütterlicherseits:

Geschwister:

» Welches Körperteil würden Sie als Ihre **persönliche Schwachstelle** bezeichnen? _____

» Leiden Sie an einer oder mehreren **Autoimmunkrankheiten**, wenn ja welche(n)? _____

» **Frieren** Sie leicht? Ja Nein

» Sind Sie am **Hals** empfindlich (spüren Sie z.B. ein unangenehmes Gefühl bei Rollkragenpullis)? Ja

Nein

» Haben Sie spürbar **trockene Haut oder Hautekzeme**, wenn ja wo besonders? _____

» Haben Sie Probleme mit dem **Blutdruck**, wenn ja ist Ihr Blutdruck eher zu hoch oder zu niedrig? _____

» Machen Sie **Sport**? Wenn ja was und wie oft in der Woche? _____

Thema Schwangerschaft, Geburt, Stillzeit

» Besteht eine Schwangerschaft, wenn ja in welcher **Schwangerschaftswoche** sind Sie? _____

» Haben Sie **Kinder**, wenn ja wie viele? ____ » Davon wie viele **Frühgeburten**? _____

1. Frühgeburt: ____ Wochen vor Termin, 2. Frühgeburt: ____ Wochen vor Termin

» Wie viele **Einleitungen**? _____ » Wie viele **Kaiserschnitte**? _____ » Wie viele **Abtreibungen**? _____

» Wie viele **Abgänge**? _____ in welcher Schwangerschaftswoche? _____

» Wie **alt** waren Sie bei der **Geburt Ihrer Kinder** bzw. bei einem Abgang? Wenn möglich auch die nicht ausgetragenen Kinder nennen:

1. Kind: ____ Jahre 2. Kind: ____ Jahre 3. Kind: ____ Jahre 4. Kind: ____ Jahre

5. Kind: ____ Jahre 6. Kind: ____ Jahre

» Nach der wievielten Geburt hatten Sie eine **Wochenbettdepression**?

1. Geburt 2. Geburt 3. Geburt 4. Geburt 5. Geburt 6. Geburt

» Wie viele Monate haben Sie Ihre Kinder **voll / teilweise gestillt**? Beispiel: Haben Sie überhaupt nicht voll und nur 3 Monate teilweise gestillt, dann tragen Sie 0/3 ein.

1. Kind: ____/____ 2. Kind: ____/____ 3. Kind: ____/____ 4. Kind: ____/____

5. Kind: ____/____ 6. Kind: ____/____

Unerfüllter Kinderwunsch?

» Seit **wann** bemühen Sie sich um ein Kind: ____ Monate ____ Jahre

» Welche **Untersuchungen** wurden gemacht? _____

» Wurden Ihnen **Medikamente** bezüglich Kinderwunsch verabreicht, wenn ja welche? _____

» Wurden **Eingriffe** durchgeführt, wenn ja welche? _____

» Haben Sie Befunde dazu? Ja Nein

» Wurde ein **Spermiogramm** bei Ihrem Mann gemacht? Ja Nein

» Falls Ja: Wie was das Ergebnis des Spermiogramms? _____

Thema Hormone

» Nehmen Sie **z.Z. Hormone** ein? Wenn ja welche und seit wann? _____

» Welche **Hormone wurden früher** eingenommen? (von – bis / od. ca. wie lange?) _____

(Bitte auch an Insulin, Cortison, Schilddrüsenhormone usw. denken)

Thema Verhütung

» Welche **Verhütungsmethode(n)** wenden Sie z.Zt. an und seit wann? _____

» Tragen oder trugen Sie jemals eine **Spirale**? Falls ja, wie lange? _____

» Handelte es sich um eine **mit Hormonen beschichtete Spirale** (z.B. Mirena)? Ja Nein

» Tragen Sie aktuell implantierte **Hormonstäbchen**, wenn ja seit wann? _____

» Tragen Sie aktuell einen **Hormonring in der Vagina**, wenn ja seit wann? _____

Thema Pubertät und danach

» Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal Ihre **Regelblutung** bekamen? _____

» Hatten Sie als Teenager **Übergewicht** oder **Untergewicht**?

» Hatten Sie jemals mit **Bulimie** zu kämpfen, wenn ja wie lange? _____

» Waren Sie zeitweise von **Magersucht** betroffen, wenn ja wie lange? _____

» Falls Sie an Magersucht/Bulimie/Gewichtsproblemen litten, können Sie einschätzen wo die Ursachen lagen? _____

Thema Zyklus

» Wie viele Tage dauert Ihr durchschnittlicher **Zyklus** (nicht nur Blutung)? _____Tage

» Sind Sie von **Endometriose** betroffen? Ja Nein

» Wurden beim Zervixabstrich (**Krebstest**) auffällige Werte festgestellt? Ja Nein

» Wenn ja, wie oft wurden auffällige Werte festgestellt? _____mal

» Wurde jemals bei Ihnen schon ein **Myom oder mehrere Myome** festgestellt? Ja Nein

» Hatten oder haben Sie **Zysten**? Ja Nein Wenn ja wo? _____

» Haben Sie noch Ihre **Gebärmutter**? Ja Nein

» Wurden Ihnen einer oder beide **Eierstöcke entfernt**? Ja, der rechte Eierstock Ja, der linke Eierstock

Thema Prämenopause und Wechseljahre

- » Kommen Ihre Zyklen noch **regelmäßig**? Ja Nein
- » Haben Sie mit **Hitzewallungen** zu kämpfen? Ja Nein
- » Haben Sie manchmal das Gefühl, dass die **Blasenmuskeln** nicht hundertprozentig schließen? Ja Nein
- » Praktizieren Sie **Beckenbodengymnastik**, wenn ja wie lange am Tag? _____ Minuten
- » Wie alt waren Sie als Ihre **Zyklen kürzer** wurden? _____ Jahre
- » Wie alt waren Sie als das erste Mal die **Regel aussetzte**? _____ Jahre
- » Wie alt waren Sie als die Regel das **letzte Mal** eintraf? _____ Jahre

Thema soziales Umfeld und Vergangenheit

- » Hatten Sie als junger Mensch unter vielen **Familienkonflikten** zu leiden, wenn ja unter welchen? _____
-
- » Haben Sie jemals **Vergewaltigung / Missbrauch** erfahren? _____
- » Hatten Sie eine gute, vertrauensvolle **Mutterbeziehung**? _____
-
- » Hatten Sie eine gute, vertrauensvolle **Vaterbeziehung**? _____
-
- » Leben Sie in einer **Beziehung**? Ja Nein
- » Empfinden Sie diese als: Gut Durchschnittlich Konfliktreich Ausweglos Reinste Hölle
- » Wie oft mussten Sie bisher durch die Erfahrung der **Partnerschaftstrennung**? _____
- » Hatten Sie in jüngster Vergangenheit **schreckliche Erfahrungen** zu verarbeiten? _____
-
- » Haben Sie zu Hause die Möglichkeit sich **zurückzuziehen**? _____
- » Haben Sie eine **Gruppe** in der Sie sich getragen wissen? _____
-
- » Haben Sie **Freunde, Menschen** auf die Sie sich in der **Not** verlassen können? Ja Nein

Thema Ernährung

- » Was beinhaltet Ihr typisches **Frühstück**? _____
-
- » Wie viel Liter trinken Sie am Tag? _____
- » Wie viel davon Tassen Kaffee? _____
- » Wie viel Tassen schwarzer Tee? _____

- » Wie viel davon Kräutertee (Tassen)? _____
- » Wie viel davon Wasser (Liter)? _____
- » Wie viel davon Milch (Liter)? _____
- » Wie viel davon Cola/Limo (Liter)? _____
- » Wie viel davon Bier (Liter)? _____
- » Wie viel davon Wein (Liter?) _____
- » Wie viel davon Saft (Liter)? _____
- » Sonstige Getränke? _____
- » Bevorzugen Sie **Schnellimbiss**? Ja Nein
- » **Kochen** Sie selbst? Ja Nein
- » Essen Sie mind. einmal täglich **warm**? Ja Nein
- » Gehen Sie in die **Kantine**? Ja Nein
- » Essen Sie mindestens einmal täglich **warm**?
- » Wie oft essen Sie **Brot** am Tag, welches? _____
- » Wie oft essen Sie **Früchte** am Tag? _____
- » Wie oft **Salat** am Tag? _____ Oder in der Woche? _____
- » Wie oft essen Sie **Gemüse** in der Woche? _____
- » Ernähren Sie sich **vegetarisch**? Ja Nein **vegan**: Ja Nein
- » Wie oft essen Sie pro Woche **Fisch**? _____
- » Wie oft pro Woche **Fleisch**? _____
- » Wie oft pro Woche **Eier**? _____
- » Haben Sie am Vormittag eine regelmäßige **Zwischenmahlzeit**, welche? _____
- » Haben Sie des Öfteren **Heißhunger auf Süßes**, wenn ja auf was? _____
- » Was essen Sie am **Nachmittag**? _____
- » **Essen** Sie mit: Großem Appetit Wenig Appetit Hastig Mit Genuss
- » Was gehört zu Ihrem typischen **Abendessen**? _____
- » Wann essen Sie **zu Abend**? ca. _____ Uhr
- » Was essen Sie zwischen **Abendessen und dem Zubettgehen**? _____
- » Nehmen Sie **Vitamintabletten**, wenn ja welche und wie viel? _____
- » Nehmen Sie **Mineraltabletten**, wenn ja welche und wie viel? _____
- » Nehmen Sie **Nahrungsergänzungsmittel** wie zum Beispiel: Soja Rotklee
 Nachtkerzenöl Johanniskraut Knoblauchpräparate Meeresalgen
oder andere Nahrungsergänzungsmittel: _____
- _____
- _____

Thema Belastung

- » Welche **berufliche Tätigkeit** üben Sie aus? _____
- » Arbeiten Sie im **Schichtdienst**? Ja Nein
- » **Pflegen** Sie derzeit Angehörige? Ja Nein
- » Wie empfinden Sie Ihre aktuelle **seelische** Belastung? Keine Durchschnittlich
 Zu hoch
- » Wie empfinden Sie Ihre aktuelle **körperliche** Belastung? Gering Durchschnittlich
 Zu hoch
- » Wie empfinden Sie Ihre aktuelle **nervliche** Belastung? Gering Durchschnittlich
 Zu hoch
- » Wie empfinden Sie Ihre aktuelle **berufliche** Belastung? Gering Durchschnittlich
 Zu hoch
- » Haben Sie z.Z. **Sorgen**, um die sich Ihre Gedanken Tag und Nacht kreisen? Ja Nein
- » Welche Arten der **Entspannungsmöglichkeiten** nutzen Sie, wie oft in der Woche? _____
-
- » Wie oft in der Woche halten Sie **Mittagsschlaf**? _____
- » Zu welcher Uhrzeit gehen Sie normalerweise **zu Bett**? _____
- » Können Sie leicht **einschlafen**? Ja Nein
- » Können Sie **durchschlafen**? Ja Nein
- » Falls nein, Uhrzeit zu der Sie nachts aufwachen: _____
- » **Wie viele Stunden schlafen** Sie durchschnittlich pro Nacht? _____
- » Fällt Ihnen das **Aufstehen z.Z. leicht**? Ja Nein

**Bitte markieren Sie jeweils mit 1 – 3 Kreuzchen in die jeweiligen Spalten, wie oft sie von dem Symptom betroffen sind.
Nur wenn möglich, Symptome den unterschiedlichen Zyklustagen zuordnen!
(X = hin und wieder, XX = öfter, regelmäßig in Phasen; XXX = sehr häufiges, wesentliches Problem)**

Symptomübersicht	Intensität			An welchen Zyklustagen		
	leicht	mittel	stark	1 - 6	7 - 15	16 - 30
1. Unregelmäßige Zyklen						
2. Schmierblutung: nach / vor Regel						
3. extreme Regelblutungen						
4. Menstruationskrämpfe						
5. Überempfindlichkeit der Scheide						
6. Brustspannen						
7. überempfindliche Brustwarzen						
8. nachlassende Freude an Sex						
9. Hitzewallungen, starkes Schwitzen						
10. (Muskel-)Schwäche						

11. Blasenschwäche						
12. Zahnfleischbluten						
13. Kopfweh, Migräne						
14. Schwindel						
15. verminderte Alkoholverträglichkeit						
16. Heißhunger nach Salzigem						
17. Heißhunger auf Süßes						
18. Heißhunger generell						
19. Sodbrennen						
20. Appetitlosigkeit						
21. Magenschmerzen						
22. Übelkeit, Brechreiz						
23. Durchfall oder breiige, ungeformte Stühle						
24. Verstopfung						
25. unerklärliche Gewichtsabnahme						
26. unerklärliche Gewichtszunahme						
27. Rückenziehen, Rückenschmerzen						
28. Gelenkschmerzen, wo?						
29. Schwellungen, wo?						
30. Krämpfe in Armen oder Beinen						
31. Kribbeln/Taubheitsgefühl Wo?						
32. Kreislaufbeschwerden						
33. Atemnot, Asthma, Kurzatmigkeit						
34. Tinnitus, Ohrensausen						
35. Herzrasen/-stechen/-rhythmusstörungen						
36. lähmende Müdigkeit						
37. Haarausfall						
38. Zugluft-/Windempfindlichkeit						
39. Vergesslichkeit						
40. Konzentrationsprobleme						
41. Nervosität, innere Unruhe						
42. Launen, Überreaktionen						
43. Ängste						
44. Depressionen						
45. Panikattacken						
46. Kloßgefühl, Druck im Hals						
47. Tränenausbrüche						
48. Bläschen im Mund oder an Lippe						

DANKE für Ihre Mithilfe ☺