UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

Universitätsklinikum Heidelberg | Abt. 4.2 | Im Neuenheimer Feld 440 | 69120 Heidelberg

Frauenklinik
Gynäkologische Endokrinologie und Fertilitätsstörungen
Im Neuenheimer Feld 440 | 69120 Heidelberg
Tel +49 (0)6 221 - 56 7934 | Fax +49 (0)6 221 - 56 4669
E-Mail: Hormonsprechstunde.FRAU@med.uni-heidelberg.de
www.klinikum.uni-heidelberg.de

Anamnesefragebogen für die Patientinnen der Hormonsprechstunde

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 _____

Rötelnschutz _____ (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 Geschwistern/ Eltern/Großeltern bekannt? (Alter zum Ereignis)

☐ 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)
	☐ ja ☐ nein		
	☐ ja ☐ nein		

	☐ ja ☐ 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