

ANAMNESE-FRAGEBOGEN Endokrinologie ♀ (Stand 01/05/16)

Bitte bringen Sie alle bereits vorhandenen Unterlagen (z.B. Hormontests, Operations-Bericht, Mutterpass, Berichte von früher aufgetretenen oder noch bestehenden Erkrankungen, etc.) mit.

**Bitte füllen Sie den Fragebogen aus bzw. kreuzen Sie Zutreffendes an.
Unklare Fragen markieren Sie einfach mit einem Fragezeichen.**

Name _____ Vorname _____

Straße _____

PLZ / Ort _____ Geb. Datum _____ Alter/Jahre _____

Tel. privat: _____ Tel. geschäftlich: _____ Fax _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Ihre Krankenkasse: _____

Behandelnde(r) Hausärztin/Hausarzt? _____
Name, Vorname und Adresse

Behandelnde(r) Frauenärztin/Frauenarzt? _____
Name, Vorname und Adresse

Warum haben Sie oder Ihre Ärztin/Arzt einen Termin im CERF vereinbart (Beschwerden)?

Körpergröße _____ cm

Körpergewicht _____ kg

Datum des 1. Tages der letzten Regelblutung? _____

Wie lang ist der Abstand vom 1. Tag der Regelblutung bis zum 1. Tag der darauf folgenden Regelblutung?

Anmerkung: dieser Abstand ist die "Zyklusdauer" oder "Zykluslänge"

Regelmäßig zwischen _____ und _____ Tage

Unregelmäßig zwischen _____ und _____ Tage

In Abständen von 35 Tagen - 3 Monaten (Oligomenorrhoe)?

In Abständen von mehr als 3 Monaten (Amenorrhoe)?

In Abständen von weniger als 21 Tagen (Polymenorrhoe)?

Wie lange dauert Ihre Regelblutung im Durchschnitt?

zwischen _____ und _____ Tage

Wie ist die Blutungsstärke normalerweise? leicht mittel stark, mit Klümpchenabgang

Haben Sie stärkere Schmerzen bei der Regelblutung? Nein Ja

Haben Sie ein "Vor"- oder "Nachschmierer" vor bzw. nach der Regel- (Menstruations-) Blutung?
Nein Ja, vorher Ja, nachher Wie viele Tage? _____

Haben Sie Zwischenblutungen? Nein Ja

Haben Sie verhütet? von bis welches Präparat:

"Antibabypille" Nein Ja _____

Hormonstäbchen Nein Ja _____

Vaginalring/-pflaster Nein Ja _____

Spirale Nein Ja _____

Andere Methode: _____

Waren Sie schon einmal schwanger? Nein Ja

Falls ja, wie lange hat es gedauert, bis Sie schwanger geworden sind? _____ Monate/Jahre

Jahr	Geburt	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiter-Schwangerschaft	Mit jetzigem Partner?		Nach Kinderwunschbehandlung?	
					Nein	Ja	Nein	Ja

Traten Komplikationen auf? Nein Ja

Welche? _____

Sind Sie in den Wechseljahren? Nein Ja **Wenn Ja, seit wann?** _____

Haben Sie Beschwerden? Nein Ja

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie deswegen Medikamente ein? Nein Ja **Wenn ja, welche?** _____

Wurde Ihre Schilddrüse schon untersucht? Nein Ja **Ja O Jahr?** _____

Was für eine Untersuchung? Ultraschall Bluttest Ultraschall + Bluttest

Falls auffällig, mit welchem Befund?

Unterfunktion Ja

Überfunktion Ja

Immunstörung / Entzündung Ja

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein? Nein Ja O, Welche? _____

Hatten oder haben Sie folgende Erkrankungen bzw. Beschwerden? Nein

Diabetes (Zuckerkrankheit) insulinpflichtig	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Gelenkerkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Immunerkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Hauterkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Brusterkrankungen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Thrombosen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Embolien	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Bluthochdruck	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Herz- /Herzklappen-/ Kreislauf- / Gefäßerkrankung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Krampfadern	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Epilepsie	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Asthma	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Magen- / Darmerkrankung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Nierenerkrankung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Lebererkrankung	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Krebs / andere Tumore _____			
Kopfschmerzen	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
Migräne	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Ja	_____
andere Erkrankungen _____			

Falls ja, nehmen Sie Medikamente dagegen? Nein Ja

Wenn ja: welche? _____

Haben Sie Allergien? Nein Ja

Welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie ggf. gegen Allergien ein? _____

Gibt es in Ihrer Familie Erbkrankheiten, Diabetes (Zuckerkrankheit), Thrombosen, Embolien,
Krebserkrankungen, andere schwere Leiden?

Nein

Ja, mütterlicherseits Welche? _____

Ja, väterlicherseits Welche? _____

Gewicht: Gibt es deutliche Zunahmen? Seit wann? _____ Wieviel? _____

Starke Gewichtszunahme in der Pubertät? Ja Nein

Gibt es deutliche Abnahmen? Seit wann? Wieviel?

Ernährung: Regelmäßige Mahlzeiten Getränke (vorwiegend)

Selbst gekocht, viele frische Sachen	<input type="radio"/>	Wasser, ungesüßter Tee	<input type="radio"/>
Essen aus der Kantine	<input type="radio"/>	Soft, Saftschorle	<input type="radio"/>
Fertiggerichte	<input type="radio"/>	Softdrinks	<input type="radio"/>
Häufig „fast food“	<input type="radio"/>	Kaffee, Schwarztee	<input type="radio"/>

Bewegung: Sportliche Betätigung regelmäßig Ja Nein

Wenn ja, was: _____

Wie häufig/Woche: _____

Weg zur Arbeit: Auto Bus/Bahn Fahrrad zu Fuß

Rauchen Sie? Nein 1-5 Zig/Tag 6-10 Zig/Tag 11-20 Zig/Tag mehr als 20 Zig/Tag Anzahl? ____

Haut: Akne seit wann _____ wo _____

Behandlung _____

Behaarung seit wann _____ wo _____

Behandlung _____

Haarausfall seit wann _____ wo _____

Behandlung _____

Bitte bringen Sie diesen Anamnesebogen ausgefüllt für den Erstbesuch mit.

Bismarckallee 7f, 79098 Freiburg, Tel: 0761-207 43 0, Fax: 0761- 32 111

www.cerf-freiburg.de; e mail: info@cerf-freiburg.de