

## Hormonfragebogen für die bioidentische Hormonsubstitution

Name: \_\_\_\_\_

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

### Teil 1: mögliche unerwünschte Wirkungen

Traten in den letzten 4 Wochen bei Ihnen folgende Symptome auf:

Brustspannen

Änderungen oder Wiederaufleben der Monatsblutung

übermäßiges Wachstum der Gebärmutterschleimhaut

Schilddrüsenhormon-Veränderung

### Teil 2: hormonabhängige Erkrankungen

Hatten Sie in den letzten 4 Wochen folgende Beschwerden oder Erkrankungen:

Hitzewallungen

Gelenkschmerzen

Schlafstörungen

Müdigkeit / Leistungsschwäche

Depression

Stimmungsschwankungen

Migräne

Gewichtszunahme

Schmerzen bei der Monatsblutung

Haarausfall

prämenstruelles Syndrom (PMS)

Libidoverlust

polyzystisches Ovarialsyndrom (PCOS)

unerfüllter Kinderwunsch

Endometriose

Termin (Monat/Jahr) letzte **gynäkologische Vorsorgeuntersuchung**: \_\_\_\_\_

Gab es Auffälligkeiten?