

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 Gebärmutter schleimhaut
- 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?