

# Fragebogen für die Frau

## Hormonmangel, Wechseljahre, Menopause, Good-Aging

Copyright Prof. Dr. med. Jakob Eberhard

<b>Name</b>	<b>Alter</b>
<b>Vorname</b>	<b>Grösse</b>
<b>Postleitzahl</b>	<b>Gewicht</b>
<b>Wohnort</b>	<b>Blutdruck</b>
<b>Tel./Mobile</b>	<b>Puls</b>

<b>Beschwerden</b> (zutreffendes Feld ankreuzen)	<b>nein, keine</b>	<b>etwas, mittel</b>	<b>ja, stark</b>
Verschlechterung des körperlichen Wohlbefindens			
Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens			
Verstärktes Schwitzen am Tag			
Verstärktes Schwitzen in der Nacht			
Einschlafstörung			
Durchschlafstörung			
Verschlechterung der Konzentrationsfähigkeit			
Abnahme der Gedächtnisleistung			
Nachlassen der Tatkraft und der Lust für Aktivitäten			
Gelenk- und Muskelbeschwerden			
Spürbare Abnahme der Muskelkraft			
Zunahme der Faltenbildung der Haut			
Erhöhtes Schlafbedürfnis, vermehrt müde			
Erhöhte Reizbarkeit, innere Anspannung, Unruhe			
Ängstlichkeit, Mutlosigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit			
Traurigkeit, Antriebslosigkeit, depressive Stimmung			
Nachlassende Belastbarkeit			
Abnahme der Libido (Lust auf Sex)			
Vermehrt Gewichtsprobleme			
Haarausfall			
Fettiges Haar, Akne			
Trockene Haut (Hände, Gesicht)			
Trockene Augen			
Trockene Scheidenschleimhaut			
Intimbeschwerden, Brennen, Juckreiz			
Verstärkte Anfälligkeit auf Blasenentzündungen			
Verlieren Sie Urin? Wenn ja: Zutreffendes umkreisen beim Husten/Springen, bei Drang, beim Aufstehen			
Andere Beschwerden (bitte aufführen):			

<b>Geburten, gynäkologische Operationen, Krankheiten</b> (zutreffendes Feld ankreuzen)	<b>nein</b>	<b>ja</b>
Haben Sie Kinder? Wenn ja: Wie oft spontan geboren?..... Wie oft mit Kaiserschnitt?.....		
Wann hatten Sie die letzte Blutung?	Datum:	
Hatten Sie eine Entfernung der Gebärmutter?		
Hatten Sie einen Gebärmutterkrebs?		
Hatten Sie einen Brustkrebs?		

<b>Krankheiten, Operationen</b> (zutreffendes Feld ankreuzen)	<b>nein</b>	<b>ja</b>
Rheumatische Krankheiten Muskel-, Gelenk-, Rückenschmerzen		
Arthrosen		
Osteoporose/evtl. Wirbel- oder Hüftfrakturen/kleiner geworden?		
Schlaganfall/Neurologische Krankheiten		
Thrombose und Embolien		
Herz-Kreislauf/Bluthochdruck/Herzinfarkt/andere		
Magen/Darm		
Andere? Welche?		
Haben Sie familiäre Krankheitsrisiken? Wenn ja: Zutreffendes umkreisen. Wer war betroffen?  Osteoporose/Arthrosen/Herzinfarkt/Alzheimer/Demenz		

**Nehmen Sie Medikamente? Welche?**

---



---



---



---



---

**Was erwarten Sie von einer Good-Aging-Therapie?**

---



---



---



---



---

**Datum**

**Unterschrift**

**Prof. Dr. med. Jakob Eberhard**  
**Facharzt FMH Gynäkologie und Geburtshilfe**

Good-Aging und Hormone

Telefon +41 79 649 91 93  
jakob.eberhard@hin.ch · www.jakob-eberhard.ch