

## **Sehr geehrte Kundin,**

heute erhalten Sie den Hormonfragebogen. Ihre Antworten sind Teil der Anamnese und geben mir Hinweise, welche Zusammenhänge oder Ursachen für Ihre Beschwerden und Symptome (mit)verantwortlich sein könnten. Hormonungleichgewichte sind meistens eine Folge von mehreren Ursachen. Bitte nehmen Sie sich Zeit für die Beantwortung.

### **Ablauf:**

Fragebogen ausfüllen und unterschreiben  
per Post oder E-Mail an mich senden oder spätestens zum Termin mitbringen

### **Informationen:**

Wenn Sie medizinische Befunde haben, sollten Sie diese zum Beratungstermin mitbringen.

Zusätzliche Informationen, die Sie wichtig finden, können Sie auf einem Beiblatt hinzufügen.

Die Auswertung des Fragebogens, die Ergebnisse des Besprechungstermins (Anamnese) und wenn erforderlich die Ergebnisse des Hormonspeicheltestes sind Grundlage um ein Ungleichgewicht im Hormonsystem feststellen und einen Behandlungsplan ausarbeiten zu können.

Teil des Behandlungsplanes wird sein, Ihnen sanfte Methoden (u.a. Nahrungsmittel, bioidentische Hormoncremes, Globuli, Pflanzenstoffe) zur Stabilisierung und Regulierung des Hormonsystems zu nennen.

Den Behandlungsplan werde ich im Einzelnen mit Ihnen besprechen und Ihre Fragen beantworten. Sie erhalten eine schriftliche Ausarbeitung.

Wenn ich Empfehlungen an Sie weitergebe (Produkte, Maßnahmen usw.), dann ist das keine absolute Methode, die für jeden ähnlichen Fall automatisch auch Gültigkeit hat.

Bei schweren Hormonmangel müssen manchmal verschreibungspflichtige Medikamente verordnet werden. Teil der Beratung ist selbstverständlich Sie für das Gespräch mit Ihrem behandelnden Arzt vorzubereiten.

### **Kosten:**

Die Beratungszeit wird mit 1,40 € pro Minute abgerechnet. Ich berechne zusätzlich eine Pauschale von 10 € für die Erarbeitung des Behandlungsplanes.

Die Kosten für den Speicheltest werden direkt mit dem Labor abgerechnet.

Kostenübernahme: Eine (teilweise) Erstattung der Kosten für Heilpraktiker- und Laborrechnungen durch private Krankenversicherungsträger ist möglich. Dies ist abhängig von Ihrem abgeschlossenen Tarif. Bitte klären Sie dies mit Ihrer Krankenversicherung. Die gesetzlichen Krankenkassen erstatten keine Kosten.

**Diese Seite bitte nicht zurückschicken**

# Hormonfragebogen

Bereiche im Fragebogen, die für Sie nicht zutreffen, bitte auslassen. Zutreffendes bitte ankreuzen.

<b>Name:</b>	
<b>Vorname:</b>	
<b>Strasse:</b>	<b>Postleitzahl und Ort:</b>
<b>Telefonnummer:</b>	
<b>E-Mail:</b>	
<b>Geburtsdatum:</b>	
<b>Krankenversicherung:</b>	<b>Zusatzversicherung:</b>
<b>Familienstand:</b>	
<b>Beruf:</b>	
<b>Größe:</b>	<b>Gewicht:</b>

<b>Allgemeines:</b>		
Welche Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie regelmäßig ein?		
Welche akuten Erkrankungen oder Probleme liegen zurzeit vor?		
Welche chronischen Erkrankungen sind bekannt?		
Gab es schwere Erkrankungen oder Traumen in Ihrem Leben?	ja	nein
wenn ja, welche:		
Welche Operationen wurden bei Ihnen schon durchgeführt und wann?		
Welche Impfungen wurden in den letzten 2 Jahren durchgeführt?		
Wieviel Antibiotikabehandlungen haben Sie schon erhalten?		

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?	ja	nein
wenn ja, welche:		
Haben Sie noch Amalgam-Füllungen (Zähne)?	ja	nein
Haben Sie wurzelbehandelte Zähne?	ja	nein
Haben Sie Zahnimplantate?	ja	nein
Was würden Sie als Ihre persönliche Schwachstelle bezeichnen?		
Leiden Sie an Verdauungsstörungen? (Sodbrennen, Blähungen etc.)	ja	nein
wenn ja, welche:		
Haben Sie täglich Stuhlgang?	ja	nein
wenn nein, wie oft in der Woche:		
Beschaffenheit des Stuhlganges:	weich / geformt / fest	
Leiden Sie an einer Essstörung?	ja	nein
wenn ja, welche und seit wann:		
Leiden Sie an Übergewicht?	ja	nein
wenn ja, seit wann:		

<b>Thema Hormone:</b>		
Befinden Sie sich wegen einer Schilddrüsenerkrankung in ärztlicher Behandlung?	ja	nein
welche Diagnose wurde gestellt:		
Waren Sie schon früher wegen einer Schilddrüsenerkrankung in Behandlung?	ja	nein
wenn ja, weswegen:		
Wurden Sie an der Schilddrüse operiert?	ja	nein
wenn ja, ist ein Teil der Schilddrüse erhalten geblieben?	ja	nein
Hatten Sie eine Radiojodtherapie?	ja	nein
Nehmen Sie zurzeit Hormone ein?	ja	nein
wenn ja, welche und seit wann (z.B. Schilddrüsenhormon, Insulin, Cortison):		
Welche Art der Empfängnisverhütung wenden Sie derzeit an:		
Frühere Empfängnisverhütung	angewendet von wann - bis wann	
Pille		
Kupferspirale/-kette		
Hormonspirale		
Hormonring		
Hormonstäbchen		
Drei-Monats-Spritze		
Sonstiges:		

<b>Thema Kinder:</b>		
Wie viele Kinder haben Sie geboren:		
Wie alt waren Sie bei der Geburt des Kindes/der Kinder?		
Gab es Abgänge oder Abtreibungen?	ja	nein
Wenn ja, wie viele:		
Gab es während der Schwangerschaft oder Geburt Komplikationen?	ja	nein
Wenn ja, welche		

<b>Thema unerfüllter Kinderwunsch</b>		
Seit wann besteht der Kinderwunsch?		
Welche Untersuchungen und Eingriffe wurden bereits durchgeführt:		
Welche Medikamente müssen oder mußten Sie einnehmen?		
Führen Sie eine Temperaturkurve?	ja	nein
Wurde die Zeugungsfähigkeit des Partners untersucht ?	ja	nein

<b>Thema Zyklus:</b>		
Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal Ihre Regelblutung bekamen?		Jahre
Wie viele Tage hat Ihr durchschnittlicher Zyklus (mit Regelblutung)?		Tage
Wie lange dauert die Regelblutung?		Tage
Kommen die Regelblutung noch regelmäßig?	ja	nein
Wie alt waren Sie, als Ihre Zyklen kürzer wurden?		Jahre
Wie alt waren Sie, als das erste Mal die Regel aussetzte?		Jahre
Wie alt waren Sie, als die Regel das letzte Mal eintraf?		Jahre

<b>Thema Belastung:</b>		
Sind Sie berufstätig?	ja	nein
Arbeiten Sie im Schichtdienst?	ja	nein
Wieviele Stunden arbeiten Sie pro Tag?		Std.
Haben Sie außergewöhnliche Belastungen? z.B. Pflege von Angehörigen	ja	nein
Wenn ja, welche:		
Haben Sie Ausgleichsmöglichkeiten (Entspannungstechniken, Sport etc.)?	ja	nein
wenn ja, welche und wie oft:		
Haben Sie Stress?	ja	nein
Wie empfinden Sie Ihre momentane seelische/psychische Belastung?	o.k	zu viel
Wie empfinden Sie Ihre momentane körperliche Belastung?	o.k	zu viel
Wie empfinden Sie Ihre momentane berufliche Belastung?	o.k.	zu viel

Rauchen Sie?	ja	nein
Haben Sie Implantate, Tattoo, Piercing oder ähnliches?	ja	nein
Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?	Std.	
Können Sie durchschlafen?	ja	nein
Können Sie gut einschlafen?	ja	nein

<b>Thema Ernährung:</b>		
Wie viele Liter (Wasser, Tee) trinken Sie pro Tag?	Liter	
Wieviel Kaffee oder schwarzen Tee trinken Sie täglich (Angabe in Tassen)	Tassen	
Essen Sie regelmäßig?	ja	nein
Ernährung:	Vegetarisch / Vegan / esse alles	
Kochen Sie täglich selbst?	ja	nein
Was beinhaltet Ihr typisches Frühstück?		
Was beinhaltet Ihr typisches Mittagessen?		
Was beinhaltet Ihr typisches Abendessen?		
Benötigen Sie Zwischenmahlzeiten?	ja	nein
Wieviel Esslöffel kaltgepresstes Öl essen Sie täglich?	EL	
Haben Sie des öfteren Heißhunger auf Süßes oder Salziges?	ja	nein

<b>Thema Umwelt:</b>		
Wenden Sie folgende Produkte öfters an:		
Pilzspray	ja	nein
Schädlingsvernichtungsmittel oder Pflanzenschutzmittel	ja	nein
Desinfektionsmittel	ja	nein
Reinigungschemikalien	ja	nein
Lacke, Farben	ja	nein
Weichspüler	ja	nein
Nagellack und Nagellackentferner	ja	nein
Haarfarbe	ja	nein
Haarspray, Haarlack	ja	nein
Haben Sie künstliche Fingernägel?	ja	nein
Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren neue Möbel oder Fußbodenbeläge erhalten?	ja	nein
Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren Ihre Wohnräume renoviert?	ja	nein

Alle Angaben unterliegen der Schweigepflicht. Das Anschreiben habe ich zur Kenntnis genommen.  
Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.

Datum:

Unterschrift:

Ich bin einverstanden per E-Mail Informationen zu erhalten

ja	nein
----	------

## Symptomliste Frauen:

Legende:

Bitte kreuzen Sie die aktuellen Symptome/Probleme im entsprechenden Ziffernfeld an.

1 = gelegentlich auftretendes Symptom/Problem

2 = öfter oder regelmäßig auftretendes Symptom/Problem

3 = ständiges oder sehr beeinträchtigendes Symptom/Problem

Hat das Symptome mit dem Zyklus zu tun, bitte unterscheiden Sie noch, ob es

4 = zyklisch auftritt vor der Periode

5 = zyklisch auftritt nach der Periode

Symptom/Problem	1	2	3	4	5
Trockene oder empfindliche Schleimhäute z.B. in					
Magen					
Scheide					
Blase					
Gelenke					
Hals					
Augen					
Sonstiges Schleimhautproblem:					
sexuelle Lustlosigkeit					
Haarausfall					
fettige Haare					
Haartrockenheit					
rissige, brüchige Nägel					
starkes Schwitzen					
Hitzewallungen					
Hauttrockenheit					
Nervosität, innere Unruhe					
Übelkeit, Brechreiz					
Schwindel					
Kloßgefühl im Hals					
Halskratzen					
Durchfall					
Verstopfung					
Tinnitus, Ohrgeräusche					
Händezittern					
Herzbeschwerden wie Herzklopfen, Herzrasen					
Lichtempfindlichkeit					
Schwellungen					
Ängste					
Panikgefühle					
hoher Blutdruck					
niedriger Blutdruck					

Symptom/Problem	1	2	3	4	5
dünnere werdende Augenbrauen					
Verspannungen					
Gewichtsabnahme					
Gewichtszunahme					
Stimmungsschwankungen					
depressive Verstimmungen					
Ausbleiben der Regel					
starke Regelblutungen					
zu lange Regelblutung					
unregelmäßiger Zyklus					
Schmierblutungen					
Stressüberempfindlichkeit					
Brustspannen					
Regelkämpfe					
Schlafprobleme					
Kopfschmerzen, Migräne					
Müdigkeit					
Erschöpfung					
Muskelschwäche					
Cholesterinwerte erhöht					
Infektanfälligkeit					
anfällig für Entzündungen					
Myome				ja	nein
Eierstockzysten				ja	nein
Endometriose				ja	nein
Blasenschwäche				ja	nein
Gebärmutterentfernung				ja	nein
Eierstockentfernung				ja	nein
wenn ja,				1	2
Akne				ja	nein
Schuppenflechte				ja	nein
Neurodermitis				ja	nein
Ekzeme, Ausschläge				ja	nein
Sonstiges Hautproblem:				ja	nein
Sonstiges:					