



DR. MED. BETTINA SEIBERLICH
PRIVATPRAXIS FÜR GANZHEITLICHE MEDIZIN & PRÄVENTION

Fragebogen bei hormonellen Störungen

Angaben zur Person

Datum

Name

Geburtsdatum

Körpergröße

_____ **Aktuelles Gewicht** _____

Wohnort

Telefon

Handy-Nummer

Email-Adresse

Krankenkasse

Hausarzt

Fragen zur allgemeinen Krankengeschichte

Welche Beschwerden haben Sie zurzeit?

Haben oder hatten Sie eine der folgenden Krankheiten?

KRANKHEIT	JA, SEIT WANN?		NEIN	WEISS ICH NICHT
Bluthochdruck				
Erhöhte Blutfettwerte				
Erhöhter Harnsäurespiegel/Gicht				
Diabetes/Zuckerkrankheit				
Herzgefäßerkrankung				
Asthma bronchiale oder chronisch obstruktive Atemwegserkrankung				
Schilddrüsenerkrankung				
Sonstige Hormonstörungen				
Leberverfettung, -zirrhose				
Krebserkrankungen (welche):				
WEITERE:				

Wurden Sie schon einmal operiert?

Wann?

Haben Sie momentan Verdauungsprobleme?

ja nein

wenn ja:

- Diarrhoen (Durchfälle)? ja nein
- Obstipation (Verstopfung) ? ja nein
- Übelkeit oder Erbrechen? ja nein
- Sodbrennen? ja nein
- Bauchschmerzen? ja nein
- Blähungen? ja nein

Leiden Sie unter...

- Haarausfall? ja nein
- brüchigen Nägeln? ja nein
- Müdigkeit? ja nein
- Allergien? ja nein
- häufigen Erkältungen? ja nein
- Stimmungsschwankungen? ja nein
- Schlafstörungen? ja nein
- Gelenkschmerzen? ja nein

Haben Sie....

- einen regelmäßigen Zyklus? ja nein
- verstärkte Blutungen? ja nein
- starke Periodenschmerzen? ja nein
- häufige Blasenentzündungen? ja nein
- trockene Schleimhäute? ja nein
- Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? ja nein

Welche Medikamente und Nahrungsergänzungsmittel nehmen Sie ein?

NAME	FRÜH	MITTAGS	ABENDS	ZUR NACHT

Fragen zur Familiengeschichte

	MUTTER	VATER	KINDER - Anzahl -	GESCHWISTER	GROSS- ELTERN	PARTNER
Erkrankungen	Bitte ein Kreuz machen für Ja					
Übergewicht						
Bluthochdruck						
Schlaganfall						
Herzinfarkt						
Verengung anderer Gefäße/ Amputation						
Altersdemenz						
Zuckerkrankheit						
Bösartige Erkrankungen						
Alter bei Tod/ Ursache						

Fragen zum Lebensstil

Wie viele Stunden treiben Sie in der Woche Sport? _____

Welchen Sport? _____

Haben Sie Luftnot bei Bewegung?

ja

nein

Raucher

seit

Zigaretten/Tag

Nicht-Raucher

Ex-Raucher

seit

geraucht über

Jahre

Zigaretten/Tag

Essen Sie oft außerhalb, z.B. Imbiss etc.?

immer häufig selten nie

Welche alkoholhaltigen Getränke nehmen Sie zu sich?

Bier

Wein / Sekt

Spirituosen

Cocktails/ Alcopops

mal/Woche

mal/Monat

Aus welchen Gründen?

aus Gründen des Genusses

aufgrund einer Alltagsgewohnheit

um abzuspannen

um von Problemen abgelenkt zu werden

um schlafen zu können („Schlaftrunk“)

verheiratet/in Partnerschaft

geschieden

verwitwet

Single

Leben Sie alleine oder in häuslicher Gemeinschaft mit anderen? - bitte unterstreichen -

Wie viele Kinder haben Sie?

Alter: _____

Hauptschule

Gesamtschule

Realschule

Gymnasium

Studium

Gelernter Beruf?

jetzige Tätigkeit?

Schichtarbeit? Ja

nein

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	<i>Ich habe gegessen Mengenangabe!</i>	<i>Ich habe getrunken Mengenangabe!</i>
Frühstück		
<i>eventuell</i> Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
<i>eventuell</i> Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: **JA** (welche Sportart und wie lange): _____

NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z.B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	<i>Ich habe gegessen Mengenangabe!</i>	<i>Ich habe getrunken Mengenangabe!</i>
Frühstück		
<i>eventuell Zwischenmahlzeit</i>		
Mittagessen		
<i>eventuell Zwischenmahlzeit</i>		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: JA (welche Sportart und wie lange): _____

NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z.B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	<i>Ich habe gegessen Mengenangabe!</i>	<i>Ich habe getrunken Mengenangabe!</i>
Frühstück		
<i>eventuell</i> Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
<i>eventuell</i> Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: JA (welche Sportart und wie lange): _____

NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z.B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	<i>Ich habe gegessen Mengenangabe!</i>	<i>Ich habe getrunken Mengenangabe!</i>
Frühstück		
<i>eventuell</i> Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
<i>eventuell</i> Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: **JA** (welche Sportart und wie lange): _____

NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z.B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	<i>Ich habe gegessen Mengenangabe!</i>	<i>Ich habe getrunken Mengenangabe!</i>
Frühstück		
<i>eventuell Zwischenmahlzeit</i>		
Mittagessen		
<i>eventuell Zwischenmahlzeit</i>		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: JA (welche Sportart und wie lange): _____

NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z.B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	<i>Ich habe gegessen Mengenangabe!</i>	<i>Ich habe getrunken Mengenangabe!</i>
Frühstück		
eventuell Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
eventuell Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: **JA** (welche Sportart und wie lange): _____

NEIN

Besonderheiten an diesem Tag: _____
(z.B. Grillparty; Geburtstagsfeier)

Meine Tagesübersicht

NAME: _____

Datum: _____

Wochentag: _____

Mahlzeit	<i>Ich habe gegessen Mengenangabe!</i>	<i>Ich habe getrunken Mengenangabe!</i>
Frühstück		
<i>eventuell</i> Zwischenmahlzeit		
Mittagessen		
<i>eventuell</i> Zwischenmahlzeit		
Abendessen		
Sonstige Nahrungsaufnahme		

Sport: **JA** (welche Sportart und wie lange):

NEIN

Besonderheiten an diesem Tag:

(z.B. Grillparty; Geburtstagsfeier)