

# Patientenfragebogen

bitte ausdrucken, ausfüllen und zu Ihrem  
nächsten Besuch mitbringen.



MVZ Buntenskamp  
**Gynäkologie**

## Hormonsprechstunde

**Dr. med. Oliver Schwarzenberg**  
Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

Telefon 04152 87710-10  
Telefax 04152 87710-19  
info@mvz-buntenskamp.de

### I. Persönliche Angaben:

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

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Größe [cm]: \_\_\_\_\_ Gewicht [kg]: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

Frauenarzt: \_\_\_\_\_

Welchen Beruf üben Sie aus? \_\_\_\_\_

Hiermit ermächtige ich das MVZ Buntenskamp, folgenden Arzt über meine Behandlung zu informieren: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## II. Was ist der Grund Ihrer Vorstellung in der Hormonsprechstunde?

Welche Beschwerden haben Sie?

---

---

---

---

---

---

---

## III. Fragen zur Ihrer Entwicklung

Mit welchem Alter hat bei Ihnen die Scham- und Achselbehaarung eingesetzt? \_\_\_\_\_

Wann hat die Brustentwicklung begonnen? \_\_\_\_\_

Mit welchem Alter trat die erste Blutung auf? \_\_\_\_\_

## IV. Fragen zum Zyklus

Wann war die letzte Regelblutung? \_\_\_\_\_

Wann war die vorletzte Blutung? \_\_\_\_\_

In welchem Abstand kommt die Blutung? Alle \_\_\_\_\_ Tage

regelmäßig

unregelmäßig

ich blute einmal pro Monat

ich habe oft Schmierblutungen

ich habe oft Zwischenblutungen

ich habe starke Schmerzen bei der Regelblutung

ich habe vor den Tagen folgende Beschwerden (bitte dahinterschreiben, ob schwach oder stark):

geblähter Bauch: \_\_\_\_\_

Brustspannen: \_\_\_\_\_

Schwellungen (Füße, Hände): \_\_\_\_\_

gesteigerter Appetit: \_\_\_\_\_

Kopfschmerzen: \_\_\_\_\_

verminderte Leistungsfähigkeit: \_\_\_\_\_

psychische Veränderungen: \_\_\_\_\_

Falls Ihre letzte Blutung schon lange zurückliegt, in welchem Jahr fand sie statt? \_\_\_\_\_

## V. Fragen zur Vorgeschichte

Waren Sie schon einmal schwanger?  nein  ja

Hatten Sie eine Fehlgeburt?  nein  ja

Hatten Sie eine Abtreibung?  nein  ja

Ihre Geburt(en) waren im Jahr / in den Jahren \_\_\_\_\_

Sind Sie am Unterleib schon einmal operiert worden?  nein  ja

Wenn ja, um was für einen Eingriff handelte es sich und in welchem Jahr fand er statt?

---

---

---

Hatten Sie schon einmal eine Brusterkrankung? Wenn ja, welche?

---

---

---

Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, weswegen?

---

---

---

Leiden Sie unter Hautunreinheiten?  nein  ja

Haben Sie Haarausfall?  nein  ja

Hat Ihre Körperbehaarung zugenommen?  nein  ja

Hatten Sie schon einmal eine Thrombose?  nein  ja

Hatten Sie eine Embolie oder einen Schlaganfall?  nein  ja

Hatten Verwandte ersten Grades vor dem 60. Lebensjahr  
einen Herzinfarkt, eine Embolie oder eine Thrombose?  nein  ja

Leiden Sie unter Bluthochdruck?  nein  ja

Leiden Sie unter Migräne?  nein  ja

Ist eine Erkrankung der Lunge bekannt?  nein  ja

Ist eine Erkrankung des Magen-/Darmtraktes bekannt?  nein  ja

Ist eine Erkrankung der Nieren bekannt?  nein  ja

- Haben oder hatten Sie eine Lebererkrankung?  nein  ja
- Ist eine Erkrankung der Schilddrüse bekannt?  nein  ja
- Besteht ein Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)?  nein  ja
- Ist eine Allergie bekannt. Wenn ja, wogegen?  nein  ja
- Ist eine seelische Erkrankung bekannt?  nein  ja
- Haben Sie sonstige Erkrankungen?  nein  ja

Sollten eine oder mehrere der oben genannten Erkrankungen vorliegen, haben Sie nachfolgend Platz, etwas darüber zu schreiben: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Wurde schon einmal eine Knochendichtemessung veranlasst?  nein  ja
- Ist ihr Körpergewicht konstant?  nein  ja
- Ernähren Sie sich ausgewogen?  nein  ja

Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie pro Tag zu sich? \_\_\_\_\_

Rauchen Sie?  nein  ja Wenn Ja wie viel und was? \_\_\_\_\_

- Trinken Sie regelmäßig Alkohol?  nein  ja
- Treiben Sie regelmäßig Sport?  nein  ja
- Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?  nein  ja
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

Nachfolgend können Sie noch Angaben zu Krankheiten oder Beschwerden machen, die Ihnen wichtig erscheinen und die bislang noch nicht ausreichend erwähnt wurden:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte schildern Sie zum Abschluss noch einmal mit einem oder wenigen Worten die für Sie im Vordergrund stehende Problematik:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_