

Fragebogen Hormone

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Datum:	0 nie	1 selten/leicht	2 häufig/mittel	3 oft/stark
Gelenk- u./o. Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachlassende Merkfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwitzen nachts o. tagsüber	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gestörter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnehmen der sexuellen Lust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fortschreitende Gewichtszunahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachts Wasser lassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockenheit Haut/Schleimhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmender Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzstolpern/Herzrasen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nachlassende Lebensenergie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anfälle von Traurigkeit/Weinerlichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zunehmend Verantwortung meiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Punkte gesamt: _____

Bemerkung: _____

Rimkustherapie Dosierung:	<u>Kapsel morgens</u>	<u>Kapsel abends</u>
	Östradiol _____	Östradiol _____
	Progesteron _____	Progesteron _____
	Testosteron _____	Testosteron _____
	Vit. D _____	Vit. D _____
	DHEA _____	Zink _____
	Zink _____	Kupfer _____
	Kuper _____	

letzte Kapseleinnahme am/um: _____

BE erfolgte am/um: _____

Befund abgelegt am: _____

Telefontermin am: _____

Folge-Anamnese Hormone

Name:

Ich habe in den letzten 2 Tagen vor der Blutentnahme zu mir genommen:
(kann die Messung verfälschen)

nichts davon

Biotin

Antibiotika

Grapefruitsaft

Bitterorange (z. B. Aperol)

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Nehmen Sie Schilddrüsenmedikamente ein?

ja

nein

Ggf. welche(s) und welche Dosierung?

Für Patientinnen:

Sofern Sie noch eine **regelmäßige** Blutung haben, sollte die Blutentnahme **um** den 21. Zyklustag erfolgen (+/- 2 Tage).

Wenn die Blutungen zunehmend **unregelmäßiger** werden, dann kommt es auf den Zyklustag **nicht** an.

BITTE KEINE BLUTENTHAME WÄHREND DER MENSTRUATION!

→ FRAUEN	Bitte lassen Sie uns einmal jährlich Ihren Gyäkologie-Krebsvorsorge Befund zukommen
→ MÄNNER	Bitte lassen Sie uns einmal jährlich Ihren urologischen Befund/Prostata zukommen

Hiermit bitte ich die Praxis ein Hormonrezept zu erstellen und weiterzuleiten an die

Apotheke am Stadtgraben (Wunstorf).

Falls sie eine andere Apotheke wünschen, bitte Namen angeben: _____

Die Lieferung soll per Post erfolgen!

Mir ist bekannt, dass gesetzliche Krankenversicherungen/Ersatzkassen diese Behandlung nicht bezahlen. Eine Erstattung durch private Krakenversicherungen ist möglich, aber nicht gesichert.

In diesem Fall trage ich die Kosten selbst.

.....

Ort

.....

Datum

.....

Unterschrift