

# Fragebogen

## Meine Daten

Vorname, Name .....

Geburtsdatum .....

Adresse .....

.....

E-Mail-Adresse ..... Telefon .....

Gewicht ..... Grösse .....

Datum .....



## Meine Beschwerden

Zutreffendes Feld ankreuzen	nein/keine	etwas/mittel	ja/stark
Verschlechterung des körperlichen Wohlbefindens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschlechterung des psychischen Wohlbefindens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstärktes Schwitzen am Tag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstärktes Schwitzen in der Nacht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchschlafstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschlechterung der Konzentrationsfähigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnahme der Gedächtnisleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachlassen der Tatkraft und Lust für Aktivitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk- und Muskelbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Spürbare Abnahme der Muskelkraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zunahme der Faltenbildung der Haut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhtes Schlafbedürfnis, vermehrt müde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Reizbarkeit, innere Anspannung, Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit, Mutlosigkeit, Gefühl der Sinnlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traurigkeit, Antriebslosigkeit, depressive Stimmung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachlassende Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abnahme der Libido (Lust auf Sex)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vermehrt Gewichtsprobleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fettiges Haar, Akne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene Haut (Hände, Gesicht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockene Scheidenschleimhaut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimbeschwerden, Brennen, Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verstärkte Anfälligkeit auf Blasenentzündungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



## Meine Beschwerden

Verlieren Sie Urin?  nein  
 beim Husten/Springen  bei Drang  beim Aufstehen

Rauchen Sie?  nein  ja, wieviel? .....

Ihr tiefstes Gewicht? ..... Ihr höchstes Gewicht? .....

## Geburten, gynäkologische Operationen, Krankheiten

Haben Sie Kinder?  nein  ja, wieviel? .....

davon Vaginal ..... per Kaiserschnitt .....

## Krankheiten, Operationen

Zutreffendes Feld ankreuzen	nein	ja
Rheumatische Krankheiten, Muskel-, Gelenk-, Rückenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arthrosen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoporose/oder bekannte Abnahme der Körpergrösse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall/Neurologische Krankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose und Embolien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf/Bluthochdruck / Herzinfarkt /andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Magen/Darm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimbeschwerden, Brennen, Juckreiz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Krankheiten, Operationen oder gynäkologische Operationen ? Welche?  
.....  
.....  
.....  
.....



## Haben Sie familiäre Risiken?

Zutreffendes Feld ankreuzen	nein	ja
Osteoporose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer/Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Thrombose/Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Nehmen Sie Medikamente?

Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## Was erwarten Sie von einer Behandlung?

Das erwarte ich

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....