

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....