



Praxisgemeinschaft
AM ENGLISCHEN GARTEN

Arlette Schwörbel
Ursula Duschl

Fachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Anamnesebogen für Frauen mit Wechseljahresbeschwerden

Liebe Patientin,

zur individuellen Beratung in unserer Wechseljahressprechstunde benötigen wir von Ihnen genauere Angaben zu Ihren jetzigen Beschwerden. Dies hilft uns, unsere Behandlung besser auf Sie abzustimmen.

Wie sind Sie erreichbar? Privat: Handy:.....

Email-Adresse:

zurzeit ausgeübte berufliche Tätigkeit:

Ihre Körpergröße: cm

Ihr Körpergewicht: kg

Gynäkologische Anamnese:

Betseht oder bestand bei Ihnen eine der folgende Erkrankungen?

Endometriose nein ja

Myome der Gebärmutter nein ja

Weitere Unterleibserkrankungen, z.B. Zysten, Entzündungen nein ja, welche.....

Erkrankungen der Brust nein ja, welche.....

Wurde bei Ihnen Gynäkologische Operationen durchgeführt?

nein ja, welche

Hatten Sie bereits Fehlgeburten/ Schwangerschaftsabbrüche/ Eileiterschwangerschaften?

Datum	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiterschwangerschaft

Haben Sie Kinder geboren?

Datum	Geburtsart	Geburtsgewicht	Komplikationen

Regelblutung:

Wann war Ihre letzte und vorletzte Blutung?

Falls Sie noch Blutungen haben:

Treten Ihre Regelblutung in unregelmäßigen Abständen auf? nein ja

Hat sich Ihre Regelblutung in den letzten 2 Jahren verändert? nein ja

Wenn ja, wie: häufiger seltener stärker schwächer

Welche Vorsorgeuntersuchungen wurden in letzter Zeit bei Ihnen durchgeführt?

Wann war Ihre letzte Mammographie/ Brustultraschall?

Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung?

Haben Sie sonstige Untersuchungen durchführen lassen (z.B. Darmspiegelung)?

Wenn ja, welche und wann?

Wann war Ihr letzter vaginaler Ultraschall?

Hatten Sie bereits eine Knochendichtemessung?

Gab es Auffälligkeiten bei den Befunden?

Wechseljahresbeschwerden (keine – leicht – mittel- stark)

	Haben Sie folgende Beschwerden?	keine	leicht	mittel	stark
1	Hitzewallungen, Schwitzen (aufsteigende Hitze, nächtl. Schweißausbrüche)				
2	Schlafstörungen (Einschlaf-,Durchschlafstör., zu frühes Aufwachen)				
3	Depressive Verstimmungen (Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)				
4	Reizbarkeit (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)				
5	Ängstlichkeit (innere Ruhe, Panik)				
6	Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern)				
7	Körperliches Erschöpfungsgefühl, allgemeine Leistungsminderung				
8	Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit				
9	Sexuelle Veränderungen (Veränderungen der Lust, der sexuellen Erregung und des Orgasmus) Ist dies belastend? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein				
10	Scheidentrockenheit (Trockenheitsgefühl oder Brennen, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)				
11	Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, häufige Harnwegsinfekte, unwillkürlicher Urinverlust)				
12	Gelenk- und Muskelbeschwerden (rheuma-ähnliche Beschwerden)				
13	Haarausfall				
14	Schwindel				
15	Brustspannen, Brustschmerzen				
16	Weitere nicht genannte Symptome Welches dieser Symptome (1-16) belastet Sie am meisten?				

Lebensumstände, Risikofaktoren und Symptome:

- Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? nein ja, wieviel
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? nein ja, wieviel
- Hat sich bei Ihnen das Gewicht verändert? nein ja, wie viel kg (+ oder -)
- Treiben Sie Sport? Häufig gelegentlich selten
- Treten bei Ihnen Ohnmachtsanfälle oder starke Kopfschmerzen auf? nein ja
- Sind bei Ihnen ein oder mehrere Knochenbrüche bekannt? nein ja

Medikamente:

- Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Pflanzenpräparate/ Nahrungsergänzungsmittel ein?
- nein ja, folgende
- Haben Sie in der Vergangenheit über einen längeren Zeitraum hochdosierte Cortison-Behandlung bekommen? nein ja

Liegt oder lag bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen vor?

Erkrankung	Nein	Ja
Erhöhter Blutdruck		
Thrombose oder Lungenembolie		
Herzinfarkt oder Schlaganfall		
Krampfadern		
Sonstiges (Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen)		
Krebserkrankungen Wenn ja, welche		
Erkrankungen des Nervensystems z.B. Migräne, Epilepsie		
Stoffwechselerkrankung z.B. erhöhte Blutfettwerte		
Diabetes mellitus		
Blutgerinnungsstörung		
Schilddrüsenerkrankungen		
Erkrankungen der Nebennierenrinde		
Lungenerkrankung z.B. Asthma, COPD		
Erkrankungen der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse		
Erkrankungen des Knochens oder des Bindegewebe z.B. Osteoporose, Arthrose		
Seelische Erkrankung Wenn ja, welche		
Allergien oder Unverträglichkeiten Wenn ja, welche		
Andere Erkrankungen		
Wenn ja, welche		

Familienanamnese

Hatte ein naher Angehöriger (Mutter, Vater, Geschwister) von Ihnen eine der oberen genannten oder andere schweren Erkrankungen?

Wenn ja, welche

.....

Impfungen

Ist Ihr Impfstatus komplett? nein ja

Haben Sie einen Impfpass dabei? nein ja

Sind Sie geimpft gegen Gürtelrose oder Pneumokokken? nein ja

Individuelle Fragen

Haben Sie schon etwas gegen Ihre Wechseljahresbeschwerden unternommen? nein ja

Wenn ja, was?

.....

.....

Haben Sie bestimmte Vorstellungen zur Therapie Ihrer Wechseljahresbeschwerden?

nein ja, welche

.....

.....

Haben Sie noch Fragen zu einem bestimmten Thema? nein ja

Wenn ja, welche?

.....

.....

Ort, Datum:

Unterschrift :