

# Anamnesebogen für Frauen mit Wechseljahresbeschwerden

Liebe Patientin,

Sie leiden unter Wechseljahresbeschwerden oder möchten sich allgemein zum Thema Hormonersatztherapie in den Wechseljahren informieren. Wir möchten Sie zu Ihrem individuellen Nutzen und eventuellen Risiken einer Hormonersatzbehandlung beraten. Um Ihren Bedürfnissen gerecht zu werden, bitten wir Sie, die folgenden Fragen zu beantworten und die zutreffenden Antworten anzukreuzen:

## Angaben zur Person

Name: \_\_\_\_\_ Geburtstag: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_

Blutdruck\*: \_\_\_\_\_ BMI†: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

## Gynäkologische Anamnese

J = Ja  N = Nein

### Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?

Endometriose  J  N

Myome der Gebärmutter  J  N

Weitere Unterleibserkrankungen, z.B. Zysten, Entzündungen  J  N  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Erkrankungen der Brust  J  N  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Wurden bei Ihnen gynäkologische OPs durchgeführt?  J  N  
Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Hatten Sie in der Vergangenheit Fehlgeburten?  J  N

Hatten Sie jemals längere Phasen ohne Regelblutungen?  J  N

## Regelblutung

Wann war ihre letzte und vorletzte Blutung? \_\_\_\_\_

Falls Sie noch Blutungen haben:

Treten Ihre Regelblutungen in unregelmäßigen Abständen auf?  J  N

Wenn ja, seit wann und in ca. welchen Zeitspannen? \_\_\_\_\_

Haben Sie Zwischenblutungen?  J  N

Hat sich ihre Regelblutung in den letzten 2 Jahren verändert?  J  N

Wenn ja, wie?  häufiger  seltener  stärker  schwächer

## Welche Vorsorgeuntersuchungen wurden in letzter Zeit bei Ihnen durchgeführt?

Mammographie/Brustultraschall. Wann? \_\_\_\_\_

Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung. Wann? \_\_\_\_\_

Sonstige (z. B. Darmspiegelung) Wenn ja, welche und wann? \_\_\_\_\_

Vaginale Sonographie. Wann? \_\_\_\_\_

Knochendichtemessung. Wann? \_\_\_\_\_

Gab es Auffälligkeiten bei den Befunden?  J  N

\* Angabe von Arzthelfer/in

## Wechseljahresbeschwerden (keine – leicht – mittel – stark)

keine leicht mittel stark

1	<b>Hitzewallungen, Schwitzen</b> (aufsteigende Hitze, nächtliche Schweißausbrüche)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	<b>Schlafstörungen</b> (Einschlaf-, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	<b>Depressive Verstimmungen</b> (Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	<b>Reizbarkeit</b> (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	<b>Ängstlichkeit</b> (innere Unruhe, Panik)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	<b>Herzbeschwerden</b> (Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	<b>Körperliches Erschöpfungsgefühl, allgemeine Leistungsminderung</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	<b>Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	<b>Sexuelle Veränderungen</b> (Veränderungen der Lust, der sexuellen Erregung und des Orgasmus) Empfinden Sie diese Veränderung als belastend? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	<b>Scheidentrockenheit</b> (Trockenheitsgefühl oder Brennen, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11	<b>Harnwegsbeschwerden</b> (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, häufige Harnwegsinfekte, unwillkürlicher Urinverlust)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12	<b>Gelenk- und Muskelbeschwerden</b> (Schmerzen im Bereich der Gelenke, rheuma-ähnliche Beschwerden)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13	<b>Haarausfall</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14	<b>Schwindel</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15	<b>Brustspannen, Brustschmerzen</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16	<b>Weitere nicht genannte Symptome</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welches dieser Symptome (Nr. 1-16) belastet Sie am meisten? \_\_\_\_\_

## Lebensumstände, Risikofaktoren und Symptome:

<b>Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht?</b> Wenn ja, wieviel? _____	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
<b>Trinken Sie Alkohol?</b> Wenn ja, wieviel? _____	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
<b>Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Pflanzenpräparate / Nahrungsergänzungsmittel ein?</b> Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
<b>Haben Sie in der Vergangenheit über einen längeren Zeitraum hochdosierte Cortison-Behandlungen bekommen?</b>	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
<b>Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht verändert?</b> Wenn ja, um wieviele kg (+ oder -)? _____	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
<b>Bewegen Sie sich eher wenig und treiben selten oder keinen Sport?</b> _____	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
<b>Leiden Sie unter unklaren Ohnmachtsanfällen? Treten bei Ihnen z.T. starke Kopfschmerzen auf?</b>	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
<b>Haben Sie sich schon einmal einen Knochen gebrochen?</b>	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N

## Liegt oder lag bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen vor?

### Kardiovaskuläre Erkrankungen:

Erhöhter Blutdruck	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
Thrombose oder Lungenembolie	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
Herzinfarkt oder Schlaganfall	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
Krampfadern	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
Sonstige (z.B. Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen)	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N

### Krebserkrankungen

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

<b>Erkrankungen des Nervensystems z. B. Migräne, Epilepsie</b>	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
<b>Stoffwechselerkrankungen z. B. erhöhte Blutfettwerte</b>	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
<b>Diabetes mellitus</b>	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
<b>Blutgerinnungsstörung</b>	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
<b>Schilddrüsenerkrankungen</b>	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
<b>Erkrankungen der Nebennierenrinde</b>	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N

## Liegt oder lag bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen vor?

Lungenerkrankungen (z. B. Asthma, COPD)?	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
Erkrankungen der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
Erkrankungen des Knochens oder des Bindegewebe (Osteoporose, Arthrose, Knochenerweichung)	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
Seelische Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
Andere Erkrankungen? Wenn ja, welche? _____	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N

## Familienanamnese

Hatte ein naher Angehöriger (Mutter, Vater, Geschwister, Onkel, Tanten, Großeltern) eine der oben genannten oder andere schwere Erkrankungen? (bitte gehen Sie die Liste nochmals durch)  J  N  
Wenn ja: Wer, welche Erkrankung und in welchem Alter?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Allgemein

Ist eine Blutungsfreiheit erwünscht?	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
Besteht der Wunsch nach einer Schwangerschaftsverhütung?	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N
Haben Sie schon etwas gegen Wechseljahresbeschwerden unternommen? Wenn ja, was?	<input type="radio"/> J	<input type="radio"/> N

\_\_\_\_\_

## Haben Sie bestimmte Vorstellungen zur Therapie Ihrer Wechseljahresbeschwerden?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Haben Sie Fragen zu einem bestimmten Thema?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift:\* \_\_\_\_\_

# Wechseljahre verstehen – und selbst aktiv werden



Hier können Sie die Infobroschüre  
bequem und kostenlos downloaden:  
[www.hormontherapie-wechseljahre.de](http://www.hormontherapie-wechseljahre.de)