

Anamnesebogen für Neupatienten

Liebe Patientin, lieber Patient,

herzlich Willkommen in unserer Praxis! Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit, um diesen Fragebogen auszufüllen. Ihre Angaben helfen uns, Ihre gesundheitliche Situation und mögliche hormonelle Beschwerden besser zu verstehen, um eine individuelle und optimale Behandlung für Sie zu gewährleisten.

1. Persönliche Daten

Name:

Geburtsdatum: Geschlecht: ☐ w ☐ m ☐ divers

Straße: Hausnr.:

PLZ: Ort:

Telefon:

E-Mail: @

Beruf:

Krankenkasse:

Notfallkontakt:

Name:

Telefonnummer:

2. Gesundheitsstatus & Vorerkrankungen

Größe: cm

Gewicht: kg

Haben Sie aktuell gesundheitliche Beschwerden?

☐ nein ☐ ja, welche:

Bestehende Diagnosen / chronische Erkrankungen:

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Bluthochdruck | ☐ Diabetes | ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen |
| ☐ Asthma/COPD | ☐ Nierenerkrankungen | ☐ Magen-Darm-Erkrankungen |
| ☐ Osteoporose | ☐ Herzrhythmusstörungen | ☐ Schilddrüsenerkrankungen |
| ☐ Krebs (Art:) | ☐ Autoimmunerkrankungen | |
| ☐ Andere: | | |

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?

☐ nein ☐ ja, welche:

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Nahrungsergänzungsmittel ein?

☐ nein ☐ ja, welche:

Hatten Sie bereits Operationen?

☐ nein ☐ ja, welche:

Gibt es in Ihrer Familie bekannte Erkrankungen?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ Diabetes | ☐ Krebs | ☐ Schlaganfall |
| ☐ Osteoporose | ☐ Herz-Kreislauf-Erkrankungen | ☐ Autoimmunerkrankungen |
| ☐ Andere: | | |

3. Hormonelle Gesundheit

- | | | | | | |
|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|---|
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | Müdigkeit Erschöpfung |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | Schlafstörungen Einschlafprobleme |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | Konzentrationsprobleme Vergesslichkeit |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | Stimmungsschwankungen Reizbarkeit |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | Depressivität |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | Angst |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | Gewichtszunahme Schwierigkeiten beim Abnehmen |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | Hitzewallungen nächtliches Schwitzen |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | Libidoverlust sexuelle Unlust |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | Haarausfall dünner werdendes Haar |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | Trockene Haut Hautalterung |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | Kopfschmerzen Migräne |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | Herzrasen |
| ☐ 1 | ☐ 2 | ☐ 3 | ☐ 4 | ☐ 5 | Unruhe Nervosität |

(1 = keine Beschwerden, 5 = sehr starke Beschwerden)

Haben Sie Ihre Hormonwerte bereits testen lassen?

☐ nein ☐ ja, (bitte Werte mitbringen)

Frauen:

Aktueller Zyklusstatus: ☐ regelmäßig ☐ unregelmäßig ☐ keine Periode mehr

Aktuelle oder frühere Verhütungsmethoden:

Hatten Sie eine Schwangerschaft? ☐ nein ☐ ja

Männer:

Haben Sie Testosteron-Werte bereits testen lassen? ☐ nein ☐ ja

Bestehen Probleme mit Muskelkraft oder Ausdauer? ☐ nein ☐ ja

4. Lebensstil & Gesundheitsverhalten

Rauchen Sie?

☐ nein ☐ ja, wie viele Zigaretten pro Tag: ☐ ehemaliger Raucher

Konsumieren Sie Alkohol?

☐ nein ☐ gelegentlich ☐ regelmäßig

Wie oft treiben Sie Sport?

☐ selten | nie ☐ 1 – 2x pro Woche ☐ 3 – 5x pro Woche ☐ täglich

Wie würden Sie Ihre Ernährung beschreiben?

☐ ausgewogen ☐ viel Fast Food | Fertigprodukte ☐ vegetarisch | vegan

☐ andere:

Wie ist Ihr Stresslevel?

☐ gering ☐ mäßig ☐ hoch ☐ sehr hoch

Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht?

☐ weniger als 5 ☐ 5 – 6 ☐ 7 – 8 ☐ mehr als 8

5. Prävention & Vorsorge

Wann war Ihre letzte Gesundheitsuntersuchung?

☐ in den letzten 12 Monaten ☐ vor mehr als einem Jahr ☐ noch nie

Haben Sie folgende Untersuchungen bereits durchgeführt?

- ☐ Blutdruckkontrolle (letzter Wert: mmHg)
- ☐ Blutzuckeruntersuchung
- ☐ Cholesterinwerte
- ☐ Darmkrebs-Vorsorge (z. B. Stuhltest, Darmspiegelung)
- ☐ Hautkrebs-Screening
- ☐ Impfungen (z. B. Tetanus, Grippe, COVID-19)

6. Ihr Anliegen bei uns

Was ist Ihr Hauptgrund für den Praxisbesuch?

.....

Haben Sie bereits Erfahrung mit Hormontherapie?

☐ ja, mit bioidentischen Hormonen ☐ ja, mit synthetischen Hormonen ☐ nein

Gibt es weitere Themen, die Sie besprechen möchten?

.....

Vielen Dank für Ihre Zeit! Ihre Angaben helfen uns, eine individuelle und bestmögliche Betreuung zu gewährleisten. Bitte bringen Sie vorhandene medizinische Unterlagen (Laborwerte, Arztbriefe, Impfpass etc.) zu Ihrem Termin mit.

Datum: Unterschrift: