



BIOIDENTISCHE HORMONTHERAPIE

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Alter bei 1. Regelblutung: _____

Alter bei letzter Regelblutung: _____

Anzahl Schwangerschaften insgesamt: _____

Geburten: _____

Fehlgeburten: _____

Abbrüche: _____

Besonderheiten (z.B. Kinderwunschbehandlung) _____

Wochenbettdepressionen: Ja Nein

Stilldauer: _____

Dauer unerfüllter Kinderwunsch: _____

Zyklusdauer aktuell: _____

Zyklusdauer als junge Erwachsene: _____

Zyklusschwankungen von _____ bis _____ Tage

Pilleneinnahme aktuell seit: _____

aktuell Präparat: _____

früher Dauer: _____

früher Präparat: _____

Hormonersatzpräparate: _____

andere zyklusregulierenden

Medikamente (auch pflanzlich): _____

Hormonspirale seit: _____

andere Verhütung: _____

Magersucht / Bullemie: Ja Nein

traumatische Ereignisse: Ja Nein

PRAXIS FÜR BIOIDENTISCHE HORMONTHERAPIE

Dr. med. Adrienne Schildhauer • Fachärztin für Innere Medizin

Friedensstrasse 55 • 51147 Köln • 02203-28020



BIOIDENTISCHE HORMONTHERAPIE

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

letzte gynäkologische Vorsorge: Monat _____ Jahr _____

regelmäßige gynäkologische Vorsorge: jährlich halbjährlich

Befunde: unauffällig auffällig

vaginaler Ultraschall

Mammographie

Knochendichtemessung

Erkrankungen:

Thrombose

Gerinnungsstörungen

Lebererkrankungen

Gallenblasenerkrankungen

Diabetes

Bluthochdruck

Krebserkrankungen

Brustzysten/ Knoten

Myome

Endometriose

Flüssigkeitsaustritt aus der Brust

Schilddrüsenerkrankungen

psychische Erkrankungen

genetische Erkrankungen

sonstige Erkrankungen:

Operationen:

Gebärmutterentfernung Jahr _____

Eierstockentfernung/ Zysten Jahr _____

Brustoperationen Jahr _____

Erkrankungen von Blutsverwandten:

Brustkrebs

Gebärmutterhalskrebs

Eierstockkrebs

sonstige Erkrankungen _____

PRAXIS FÜR BIOIDENTISCHE HORMONTHERAPIE

Dr. med. Adrienne Schildhauer • Fachärztin für Innere Medizin

Friedensstrasse 55 • 51147 Köln • 02203-28020



BIOIDENTISCHE HORMONTHERAPIE

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Symptome:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stimmungsschwankungen | <input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom |
| <input type="checkbox"/> Depressivität | <input type="checkbox"/> Brustspannen |
| <input type="checkbox"/> Angst | <input type="checkbox"/> Brustwachstum |
| <input type="checkbox"/> Reizbarkeit | <input type="checkbox"/> Gewichtszunahme |
| <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Wassereinlagerungen |
| <input type="checkbox"/> Trockene Haut | <input type="checkbox"/> Starke Regelblutung |
| <input type="checkbox"/> Trockene Haare | <input type="checkbox"/> Migräne |
| <input type="checkbox"/> Schwitzen | <input type="checkbox"/> Eierstockzysten |
| <input type="checkbox"/> Haarausfall | <input type="checkbox"/> Libidomangel |
| <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit | <input type="checkbox"/> Gedächtnisschwäche |
| <input type="checkbox"/> Hitzewalungen | <input type="checkbox"/> Konzentrationsstörungen |
| <input type="checkbox"/> Nachtschweiß | <input type="checkbox"/> Müdigkeit |
| <input type="checkbox"/> Trockene Schleimhäute | <input type="checkbox"/> Antriebslosigkeit |
| <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekte | <input type="checkbox"/> Knochen- und Gelenkbeschwerden |
| | <input type="checkbox"/> Muskelschwäche/ -schmerzen |



BIOIDENTISCHE HORMONTHERAPIE

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

Bitte schreiben Sie hier chronologisch alle Ereignisse auf, die Ihren Gesundheitszustand beeinflussen könnten, beispielsweise

- Beschwerden während Ihrer Pubertät, Ihrer Menstruationszyklen,
- Beschwerden während oder nach Schwangerschaften/Stillzeiten,
- Veränderungen Ihres Schlafverhaltens/Menstruationszyklen, Stimmungsschwankungen?

Auffälligkeiten z.B. nach einer Geburt, der Stillzeit, nach Operationen oder schweren Erkrankungen?

Gab es in der Zeit, in der Beschwerden auftraten irgendwelche auffälligen Ereignisse in ihrem Leben (Partnerschaft, Familie oder Beruf)?



BIOIDENTISCHE HORMONTHERAPIE

Name, Vorname _____

Geburtsdatum _____

aktuelles Gewicht: _____

Gewicht vor einem Jahr: _____

Gewicht als junge Erwachsene: _____

Größe: _____

aktuelle Medikamente, auch Vitamine u.ä.:

Rauschmitteleinnahme:

Rauchen

Drogen

Alkohol

Menge:

Datum, Unterschrift