



**Medizinischer Fragebogen/Anamnese von:** \_\_\_\_\_

**Was ist der Anlass für Ihre Beratung?** \_\_\_\_\_

**Gynäkologische Fragen:**

Letzte Jahreskontrolle: \_\_\_\_\_ letzte Mammographie/Brustultraschall \_\_\_\_\_

Alter bei erster Blutung: \_\_\_\_\_ Letzte (1. Tag) \_\_\_\_\_ Menopause ( Alter ): \_\_\_\_\_

Blutungsrythmus:  zu oft  normal (26-34)  seltener  chaotisch  keine Blutung

Blutungsstärke:  wenig  o.k.  zu stark  Eisenmangel  Schmerzen  zu lang

**Schwangerschaften/Geburten/Fehlgeburten:** \_\_\_\_\_

Meine Grösse: \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg Blutdruck: \_\_\_\_\_ alles gemessen am: \_\_\_\_\_

**Verhütung:**

kein Bedarf  Kondom  ich habe: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

**Operationen (alle)**

\_\_\_\_\_

**Meine Erkrankungen:**

(z.B. Depressionen, Blutgerinnungsprobleme, Thrombose, Herzinfarkt, Lungenembolie, Schlaganfall, Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenstörungen, Migräne (Aura?), Asthma, Epilepsie, Osteoporose, Suchterkrankungen, Krebserkrankungen)

völlig gesund  ich habe: \_\_\_\_\_

Ich rauche pro Tag \_\_\_  Kaffee pro Tag \_\_\_  Alkohol pro Woche \_\_\_  zu viel Stress

**Ernährung:**

vegetarisch  vegan  mit Fleisch  andere \_\_\_\_\_

**Meine Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel/Suchtstoffe (bitte Tagesdosis angeben):**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Erkrankungen bei meinen Eltern und Geschwistern:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Leben:**

mit Partner/in  bei den Eltern  alleinlebend/alleinerziehend  WG  
 berufstätig \_\_\_\_\_% als \_\_\_\_\_  nicht berufstätig  
 kein Sport  Sport: \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche \_\_\_\_\_

Bitte vollständig ausfüllen und schicken an [hormone@dr-laser.ch](mailto:hormone@dr-laser.ch) .