



Medizinischer Fragebogen/Anamnese von: _____

Welche Beschwerden haben Sie? _____

Gynäkologische Fragen:

Letzte Jahreskontrolle: _____ letzte Mammographie/Brustultraschall _____

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

Blutungsrhythmus: 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 (siehe Liste oben):

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 .