

# Fragebogen für **F**rau



## Wichtige Information für Ihre Beratung

Sehr geehrte Kundin,

uns vom Hormonhilfe-Team ist es ein Anliegen, dass wir Ihre Hormonfragen beantworten können und dazu beitragen können, damit Sie über Arzt, Heilpraktiker und Therapeuten angemessene Hilfe erfahren. Über manche Fragen mögen Sie sich vielleicht wundern oder peinlich berührt sein. **Sie müssen nicht jede Frage beantworten. Sie können zusätzliche Informationen auf einem Beiblatt hinzufügen!** Ihre Antworten können uns aber wesentliche Hinweise darauf geben, welche Zusammenhänge oder Ursachen für Ihre Symptome (mit)verantwortlich sein könnten. Hormonprobleme sind meistens eine Folge von mehreren Ursachen! Gleichzeitig sollen die Fragen anregen, über bestimmte Punkte im Leben nachzudenken, die vielleicht lange verdrängt oder vernachlässigt wurden. Nutzen Sie die Chance zum „Aufräumen“ und Verarbeiten! Das Gleichgewicht unserer Hormone ist abhängig vom Gleichgewicht unseres Lebens! Hier noch ein paar wichtige Hinweise:

- Mit einem beantworteten Fragebogen kann Beratungszeit gespart werden. Bitte nehmen Sie sich deshalb für die Beantwortung Zeit. Je besser Sie sich vorbereiten, umso günstiger wird die Beratung. **Das Mitschreiben bei der Beratung ist sinnvoll – auch wenn Sie im Anschluss an die Beratung eine schriftliche Zusammenfassung in Stichpunkten erhalten!**
- Ein wesentlicher Teil unseres Beratungsgesprächs wird sich um die Fragen drehen: Welche einfachen Hilfen können Sie zu Hause anwenden und welche Symptom-Verstärker können ausgeklammert werden?
- Bitte notieren Sie auf dem Fragebogen **Ihre Kundennummer!** Wenn Sie noch keine Kundennummer haben können Sie gerne bei uns anrufen und sich registrieren lassen. Nur mit eingetragener Kundennummer können wir rekonstruieren, wem dieser Fragebogen gehört.
- Nachgereichte Labor-**Test-Berichte** bitte ausschließlich als Kopie beilegen.
- Sicherheitshalber eine **Kopie vom ausgefüllten Fragebogen anfertigen**, falls Ihre Post verloren geht!!
- Wenn wir bestimmte Produkte, Firmen oder deren Veranstaltungen empfehlen, dann haben wir keinen finanziellen Anteil an deren Umsatz oder Verkauf.
- Um Speicheltests für alle zu ermöglichen und sie individuell gestalten zu können gründeten wir eine eigene Firma (Censa)! Die eigentliche Testung geschieht in einem von uns unabhängigen Labor.
- Wenn wir Erfahrungen weitergeben (mit bestimmten Produkten, Maßnahmen usw.), dann ist das keine absolute Methode, die für jeden ähnlichen Fall automatisch auch Gültigkeit hat.
- **Diagnosen, Verschreibung von Medikamenten und Überweisung zu Fachärzten obliegt nicht unserem Zuständigkeitsbereich. Für physische oder psychische Heilbehandlungen, Therapien, Untersuchungen und Medikamente verweisen wir an die entsprechenden Fachkräfte.**

Ablauf:

1. Fragebogen ausfüllen
2. unterschreiben (S. 5 unten)
3. per Post an obige Adresse zurückschicken.
4. Daraufhin einen Telefontermin mit uns vereinbaren!
5. Zur vereinbarten Zeit rufen wir Sie an.
6. Nach dem Gespräch erhalten Sie die Rechnung und die Zusammenfassung des Gesprächs. Auf extra Wunsch auch einen zusätzlichen Anwendungsvorschlag von unserem medizinischen Fachpersonal.

Wir können nicht immer auf die Minute pünktlich sein! Falls Sie nach 15 Min. Verspätung für den vereinbarten Zeitraum noch nicht von uns angerufen wurden, fragen Sie bitte sicherheitshalber bei uns nach. Sollten Sie den vereinbarten Termin verschieben oder absagen müssen, dann bitten wir um möglichst frühzeitige Rückmeldung!

**Kosten:** Pro Beratungsminute 1,20 € (durchschnittliche Dauer ca. 20 - 40 Minuten). Änderungen sind vorbehalten.

Die Auswertung des Fragebogens und schriftliche Zusammenfassung des Informationsgesprächs unserer Hormonhilfe kostet 14,- €. Für 12,- € erhalten Sie auf Anfrage einen extra Anwendungsvorschlag von unserem medizinischen Fachpersonal für Ihren Arzt. Die Beratungskosten fallen nur für die tatsächlich in Anspruch genommene Zeit an. Machen Sie uns darauf aufmerksam, wenn Sie die Gesprächsdauer von vorneherein begrenzen möchten. Die Telefongebühr und MwSt. ist im Preis enthalten. Unsere Dienstleistung wird bisher noch nicht von ges. Krankenkassen erstattet.

**Diese Seite bitte nicht zurückschicken!**

# Fragebogen für Frauen

Kundennummer: \_\_\_\_\_

Beratungsdatum: \_\_\_\_\_.

Ich bin geboren im Jahr \_\_\_\_\_ jetziges Alter \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ kg Größe \_\_\_\_\_ cm

Wegen welcher Beschwerden, Fragen, Probleme suchen Sie unseren Rat?

→ Bereiche im Fragebogen, die für Sie nicht zutreffen, einfach übergehen.

## ■ Persönliche Geschichte

» Welche **Medikamente** müssen Sie öfter oder regelmäßig einnehmen?» Welche **Psychopharmaka** haben Sie bereits probiert?» Waren Sie schon einmal wegen der **Schilddrüse** beim Arzt?  ja  nein

» Welche Diagnose wurde gestellt?

→ Bitte wenn möglich Kopie von Testbericht - ohne Namen - beilegen

» Welche **Impfungen** haben Sie **im vergangenen Jahr** erhalten? (Grippe, Reiseschutz, Zecken, sonstiges?)» Welche **Impfungen** haben Sie **davor** in den letzten 10 Jahren bekommen?» Welche **Operation** hatten Sie in den letzten Jahren zu überstehen?

» Welche auffälligen Beschwerden gab es in der Zeit nach dem Eingriff?

» Wie viele **Antibiotika** – Behandlungen hatten Sie in der Vergangenheit? \_\_\_\_\_.

» Welche Zahnbehandlungen hatten Sie in den vergangenen Jahren?

» Wie viele **Amalgam**-Füllungen haben Sie (ungefähr) noch im Mund? \_\_\_\_\_.

» Welche Form der Entgiftung haben Sie durchgeführt?

» Mit welchen **Krankheiten** haben Sie in den vergangenen Jahren zu kämpfen gehabt?» Wie empfinden Sie sich gegenüber **Infektionskrankheiten**? Als  anfällig  robust» Welches Körperteil würden Sie als Ihre **persönliche Schwachstelle** bezeichnen?  
 » Gab es in Ihrem Leben eine **Krebsdiagnose**? In welchem Organ?»...Auffällige **Knochendichte-Werte**?»...**Autoimmunkrankheiten**?

■ **Thema Kinder:**

- » Wie viele **Kinder** haben Sie geboren? \_\_\_\_\_ Sind **Zwillinge** dabei? \_\_\_\_\_
- » Davon wie viele **Frühgeburten**? \_\_\_\_\_ 1) \_\_\_\_\_ Wochen vor Termin, 2) \_\_\_\_\_ W.v.T.
- » Wie viele **Einleitungen**? \_\_\_\_\_ Wie viele **Kaiserschnitte**? \_\_\_\_\_
- » Wie viele **Abtreibungen**? \_\_\_\_\_ in Schw. -Woche? \_\_\_\_\_  
Auf welche Art? \_\_\_\_\_
- » Wie viele **Abgänge**? \_\_\_\_\_ in Schw. – Woche? \_\_\_\_\_
  
- » Wie alt waren Sie bei der Geburt (beim Abgang) Ihrer Kinder?  
→ wenn möglich auch die nicht ausgetragenen Kinder dabei nennen  
1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_
- » In welcher Schwangerschaft hatten Sie Probleme? (Ü=Übel, Ä=Ängste, D=Diabetes, \_\_\_\_\_)  
1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_ 10) \_\_\_\_\_
- » Nach welcher Geburt hatten Sie Wochenbett-Depressionen?  
1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_ 10) \_\_\_\_\_
- » Wie viele Monate haben Sie Ihre Kinder voll / teilweise **gestillt**? Z..B. (voll=) 5 / 2 (=teil)  
Wenn sie überhaupt nicht voll, sondern nur 3 Monate teilweise gestillt haben: z.B. 0 / 3  
1) \_\_\_\_\_ 2) \_\_\_\_\_ 3) \_\_\_\_\_ 4) \_\_\_\_\_ 5) \_\_\_\_\_ 6) \_\_\_\_\_ 7) \_\_\_\_\_ 8) \_\_\_\_\_ 9) \_\_\_\_\_ 10) \_\_\_\_\_

■ **Unerfüllter Kinderwunsch?**

- » Seit wann bemühen Sie sich um ein Kind? \_\_\_\_\_ Monate \_\_\_\_\_ Jahre
- » Welche Untersuchungen wurden gemacht?  
\_\_\_\_\_
- » Medikamente? \_\_\_\_\_ » Eingriffe? \_\_\_\_\_
  
- » Haben Sie Temperaturkurven geführt? (Bitte Kopien mitschicken!) \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein
- » Wurde die Schilddrüse untersucht? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein Testberichte? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein
- » Wurde ein Sperma -Test bei Ihrem Mann gemacht? \_\_\_\_\_ Ergebnis \_\_\_\_\_
- » Kennen Sie die Bedeutung von Estriol und Progesteron für die Schwangerschaft? \_\_\_\_\_ ja \_\_\_\_\_ nein

■ **Thema Hormone:**

- » Welche Hormone werden z.Z. eingenommen? (seit wann?)  
\_\_\_\_\_
- » Welche Hormone wurden früher eingenommen? (von – bis / od. ca. wie lange?)  
\_\_\_\_\_
- **bitte auch an Insulin, Cortison, Schilddrüsenhormone usw. denken!**
- » Haben Sie jemals Muskelaufbau- oder Fitness-Präparate genommen? \_\_\_\_\_
- » Haben Sie jemals eine **Spirale** getragen? Wie lange? \_\_\_\_\_
- » Handelte es sich um eine mit Hormonen beschichtete Spirale (Mirena)? \_\_\_\_\_
- » Ich trage seit \_\_\_\_\_ die implantierten **Hormonstäbchen**
- » Ich benutze seit \_\_\_\_\_ den **Hormonring** in der Vagina
- » Über welche möglichen Nebenwirkungen klärte mich mein Arzt bei meiner gewählten Empfängnisregelung auf?

### ■ Thema Umwelt:

Benutzen Sie in den letzten 2 Jahren **oft**:

» **Pilzsprays** (Pflanzen, Badezimmer, Schlafzimmer, Schwimmbad - Füße)? Wenn ja, welche?

» Schädlingsvernichtungsmittel gegen Läuse, Ameisen oder andere Pflanzenschutzmittel? Welche?

» **Desinfektionsmittel** (in Handseife, Spülseife, Waschlotionen, Reinigungsmitteln...) Welche?

» Haben Sie im **Beruf** regelmäßig zu tun mit Desinfektionsmitteln\_\_ Sprays \_\_ Schädlingsvernichtung \_\_  
Reinigungschemikalien\_\_ Klebstoffe\_\_ Lacke \_\_ Abbeize \_\_ (Außen-) Farben \_\_ Druckertinte \_\_ Folien \_\_ Plastik  
\_\_ Verbrennung \_\_ sonstiges \_\_

» Wohnen Sie in der Nähe von einem Funkmasten? \_\_\_\_\_

» Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren neue Möbel oder Fußbodenbeläge erhalten? Welche Art?

» Verwenden Sie **Weichspüler**? \_\_\_\_\_

» Benutzen Sie des öfteren **Nagellack** und Nagellackentferner? \_\_\_\_\_

» Welche **Hautcremes** benutzen Sie? \_\_\_\_\_

» Welche **Gesichtsseife, Körperseife, Kosmetika** benutzen Sie?

» Wie viele **Zigaretten** pro Tag rauchen Sie? \_\_\_\_\_ Raucht Ihr Partner im Haus? \_\_\_\_\_

» Welche **Zahnpasta** verwenden Sie? \_\_\_\_\_

» Welches **Deo** verwenden Sie? \_\_\_\_\_

» Wie oft tönen oder färben Sie sich im Jahr die **Haare**? \_\_\_\_\_

### ■ Thema Pubertät und danach:

» Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal Ihre Regelblutung bekamen? \_\_\_\_\_

» Wie oft hatten Sie **Menstruationskrämpfe**? manchmal \_\_ oft \_\_ jedes Mal \_\_

» Wie lange dauerten diese? \_\_ Stunden \_\_ Tage

» Wie halfen Sie sich dabei? \_\_\_\_\_

» Welche anderen Symptome hatten Sie als Teenager des Öfteren zu spüren bekommen? (z.B. Akne, Verdauungsbeschwerden,  
andere Hautprobleme, Asthma)

» Was haben Sie damals dagegen unternommen?

» Mit wie viel Jahren begannen Sie mit aktiver Sexualität? \_\_\_\_\_

» Wie wurde in frühen Jahren (bis 20) **verhütet**? \_\_\_\_\_

» Hatten Sie damals mit **Gewichtsproblemen** zu kämpfen? \_\_ Übergewicht / Untergewicht. \_\_

» Hatten Sie jemals mit **Bulimie** zu kämpfen? \_\_ nein / ja \_\_ über \_\_ Monate, \_\_ Jahre

» Waren Sie zeitweise von **Magersucht** betroffen? \_\_\_\_\_ wie lange \_\_\_\_\_

» Können Sie aus heutiger Sicht einschätzen wo die Ursachen dazu lagen?

» Welche **Diäten** haben Sie versucht?

» Gab es auffällige Symptome in Ihren Lebensjahren zwischen 20 – 30?

### ■ Thema soziales Umfeld und Vergangenheit:

- » Hatten Sie als junger Mensch unter vielen **Familienkonflikten** zu leiden? \_\_\_\_\_
- » Hatten Sie jemals **Vergewaltigung / Missbrauch** erfahren? Lebensjahr(e) \_\_\_\_\_
- » Hatten Sie eine gute, vertrauensvolle **Mutterbeziehung**? \_\_\_\_\_
- » Hatten Sie eine gute, vertrauensvolle **Vaterbeziehung**? \_\_\_\_\_
- » Haben Sie zur Zeit eine **Partnerbeziehung**? \_\_\_\_\_
- » Empfinden Sie diese als: gut, vertrauensvoll \_\_\_ durchschnittlich \_\_\_ viele Konflikte \_\_\_ ausweglos \_\_\_ die reinste Hölle \_\_\_
- » Würde Ihnen aus Ihrer Sicht momentan eine **Konflikthilfe** gut tun? \_\_\_\_\_
- » Wie oft mussten Sie bisher durch die Erfahrung der **Partnerschaftstrennung**? \_\_\_\_\_
- » Hatten Sie in jüngster Vergangenheit schreckliche Erfahrungen zu verarbeiten? \_\_\_\_\_

- 
- Haben Sie zu Hause die Möglichkeit sich zurückzuziehen? \_\_\_\_\_
- » Haben Sie eine **Gruppe** \_\_\_ Hauskreis \_\_\_ Gemeinde \_\_\_ wo Sie sich getragen wissen? \_\_\_
  - » Auf wie viele **Freunde**, Menschen können Sie sich vermutlich in Not verlassen? \_\_\_\_\_

### ■ Thema Verhütung / Prämenopause / Wechseljahre:

- » Welche **Verhütungsmethode** wenden Sie z.Z. an? \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_
- » Sind Sie von **Endometriose** (tagelange Regelkrämpfe) betroffen? \_\_\_\_\_
- » Wie viele Tage hat Ihr durchschnittlicher **Zyklus** (nicht nur Blutung!)? \_\_\_\_\_ Tage
- » Kommen Ihre Zyklen noch regelmäßig? \_\_\_\_\_
- » **Frieren** Sie leicht? \_\_\_\_\_
- » Können Sie ohne weiteres Rollkragenpullis tragen? \_\_\_\_\_
- » Haben Sie spürbar **trockene Haut**? \_\_\_\_\_ Wo besonders? \_\_\_\_\_
- » Macht Ihnen Sex im Gegensatz zu früher weniger Spaß? \_\_\_\_\_
- » An welchen Zyklustagen fällt Ihnen **Sex** am leichtesten? \_\_\_\_\_
- » An welchen am Schwersten? An Zyklustagen \_\_\_\_\_ selten \_\_\_\_\_ immer \_\_\_\_\_
- » Mein **Blutdruck** ist im Allgemeinen zu hoch \_\_\_\_\_ zu niedrig \_\_\_\_\_
- » Wurden beim Zervixabstrich (**Krebstest**) unnormale Werte festgestellt? \_\_\_\_\_ mal Wert \_\_\_\_\_
- » Wie oft waren Sie insgesamt bei der **Mammographie**? ca. \_\_\_\_\_ mal
- » Wurde jemals bei Ihnen schon ein **Myom** festgestellt? \_\_\_\_\_
- » Hatten, haben Sie **Zysten**? Wo? \_\_\_\_\_
- » Haben Sie noch Ihre **Gebärmutter**? \_\_\_\_\_
- » Haben Sie noch den rechten \_\_\_\_\_ und linken \_\_\_\_\_ **Eierstock**?
- » Haben Sie mit **Hitzewallungen** zu kämpfen? \_\_\_\_\_
- » Wie alt waren Sie als Ihre **Zyklen kürzer** wurden? \_\_\_\_\_ Jahre
- » Wie alt waren Sie als das erste Mal die **Regel aussetzte**? \_\_\_\_\_ Jahre
- » Wie alt waren Sie als die Regel das **letzte Mal** eintraf? \_\_\_\_\_ Jahre
- » Haben Sie manchmal das Gefühl, dass die **Blasenmuskeln** nicht 100% schließen? \_\_\_\_\_
- » Praktizieren Sie **Beckenbodengymnastik**? \_\_\_\_\_ Wie lange pro Tag? \_\_\_\_\_ Minuten

### ■ Thema Ernährung:

- » Was beinhaltet Ihr typisches **Frühstück**?
- 

- » Wie viele Tassen \_\_\_\_\_ / Liter \_\_\_\_\_ **trinken** Sie pro Tag?
- » Wie viele Tassen/Gläser davon sind Kaffee \_\_\_\_\_ schw.Tee \_\_\_ Cola/Limo \_\_\_ Bier \_\_\_ Wein \_\_\_ Wasser \_\_\_ Saft  
Milch  
Kräutertee \_\_\_\_\_ sonst: \_\_\_\_\_
- » Wann essen Sie mittags? \_\_\_\_\_ regelmäßig / unregelmäßig
- » Schnellimbiss ..... Selbst kochen \_\_\_\_\_ Kantine \_\_\_\_\_ Brote \_\_\_\_\_ Früchte \_\_\_\_\_ Salat \_\_\_\_\_
- » Ernähren Sie sich **vegetarisch**? \_\_\_\_\_ Wie oft p.Wo. Fisch \_\_\_\_\_ Fleisch \_\_\_\_\_ Ei \_\_\_\_\_
- » Haben Sie am Vormittag eine regelmäßige Zwischenmahlzeit? Was \_\_\_\_\_
- » Haben Sie des öfteren Heißhunger auf Süßes? \_\_\_\_\_
- » Welche zuckerhaltige Köstlichkeit essen Sie am Liebsten? \_\_\_\_\_

- » Was essen Sie sonst am Nachmittag? \_\_\_\_\_
- » Ich esse mit : \_\_\_\_\_ großem / wenig \_\_\_\_\_ Appetit, hastig \_\_\_\_\_ mit Genuss \_\_\_\_\_ dankbar
- » Was gehört zu Ihrem typischen **Abendessen**? \_\_\_\_\_
- » Wann essen Sie abends: ca. \_\_\_\_\_ Uhr  
Was essen Sie zwischen Abendessen und dem Zubettgehen? \_\_\_\_\_
- » Wie viele Esslöffel kalt gepresstes **Öl** p.Tag haben Sie in Ihrer täglichen Nahrung? \_\_\_\_ El
- » Welche **Vitamine** ergänzen Sie pro Tag durch Tabl.? \_\_\_\_\_ Stück \_\_\_\_\_
- » Welche **Mineral –Tabletten** nehmen Sie pro Tag? \_\_\_\_\_ Stück \_\_\_\_\_
- » Welche sonstigen **Nahrungsergänzungen** nehmen Sie zu sich? Soja \_\_ Rotklee \_\_ Nachtkerzenöl \_\_ Johanniskraut \_\_ Knoblauch \_\_\_\_\_ Meeresalgen \_\_\_\_\_ sonstiges \_\_\_\_\_

■ **Thema Belastung:**

- » Welche **berufliche Tätigkeit** haben Sie? \_\_\_\_\_ Schicht? \_\_\_\_\_
- » Sind Sie z.Z. für die **Pflege** von Angehörigen verantwortlich? \_\_\_\_\_
- » Wie empfinden Sie Ihre momentane **seelische** Belastung?  
Als angemessen, akzeptabel \_\_\_\_ zu wenig \_\_\_\_ zu viel \_\_\_\_ viel zuviel \_\_\_\_
- » Wie empfinden Sie Ihre momentane **körperliche** Belastung  
Als angemessen, akzeptabel \_\_\_\_ zu wenig \_\_\_\_ zu viel \_\_\_\_ viel zuviel \_\_\_\_
- » Wie empfinden Sie Ihre momentane **nervliche** Belastung  
Als angemessen, akzeptabel \_\_\_\_ zu wenig \_\_\_\_ zu viel \_\_\_\_ viel zuviel \_\_\_\_
- » Wie empfinden Sie Ihre momentane **berufliche** Belastung  
Als angemessen, akzeptabel \_\_\_\_ zu wenig \_\_\_\_ zu viel \_\_\_\_ viel zuviel \_\_\_\_
- » Haben Sie z.Z. **Sorgen**, um die sich Ihre Gedanken Tag und Nacht kreisen? \_\_\_\_\_
- » Welche Arten der **Entspannungsmöglichkeiten** nutzen Sie?  
\_\_\_\_\_ wöchentlich \_\_\_\_ mal je ca. \_\_\_\_ Minuten
- » Welche Art von **Fitness** oder **Bewegung** praktizieren Sie regelmäßig? \_\_\_\_\_  
Wie oft in der Woche? \_\_ mal Wie lange? je \_\_\_\_ Minuten
- » Wie oft in der Woche gönnen Sie sich einen **Mittagsschlaf**? \_\_\_\_ mal
- » Mit was machen Sie sich hin und wieder eine **Freude**? \_\_\_\_\_

- » Wann ist Ihre durchschnittliche **Bettgehzeit**? \_\_\_\_\_ Uhr
- » Können Sie gut **einschlafen**? \_\_\_\_\_ Durchschlafen? \_\_\_\_\_
- » Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? \_\_\_\_ Stunden
- » Wann wachen Sie an Werktagen auf? ca. \_\_\_\_ Uhr
- » Stehen Sie zur Zeit gerne auf? Ja \_\_ / na ja \_\_ / nein \_\_\_\_
- » Welche ehrenamtlichen Tätigkeiten haben Sie? \_\_\_\_\_

- » Was würden Sie aus Ihrem Leben herausnehmen/ ändern wenn Sie könnten?  
\_\_\_\_\_

- » Was ich sonst noch sagen wollte  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ich habe verstanden, dass vom Hormonhilfe-Dienst keine Behandlung vorgenommen wird. Die kostenpflichtige Information soll Hilfestellung geben für das Gespräch mit dem Arzt, Therapeuten oder Heilpraktiker und mögliche Zusammenhänge von Symptomen, Lebensgestaltung und Hormonstörungen erläutern. Mit dem Einsenden des Fragebogens bin ich mit dieser Bedingung einverstanden.**

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift!)

# Meine Symptomübersicht

	Intensität			Zyklustage			Bitte markieren Sie jeweils mit 1 – 3 Kreuzchen in die jeweiligen Spalten wie oft sie von dem Symptom betroffen sind. Nur wenn möglich, Symptome den unterschiedlichen Zyklustagen zuordnen! (X = hin und wieder; XX = öfter, regelmäßig in Phasen; XXX = sehr häufiges, we-
	X	XX	XX	1-6	7-15	16-30	
1. Unregelmäßige Zyklen							
2. Schmierblutung: nach / vor Regel							
3. extreme Regelblutungen							
4. (Muskel-)Schwäche							
5. Blasenschwäche							
6. Zahnfleischbluten							
7. nachlassende Freude an Sex							
8. Menstruationskrämpfe							
9. Kopfweh, Migräne							
10. Brustspannen							
11. überempfindliche Brustwarzen							
12. verminderte Alkoholverträglichkeit							
13. Heißhunger nach Salzigem							
14. Heißhunger auf Süßes							
15. Heißhunger generell							
16. Sodbrennen							
17. Fußpilz							
18. dicke Pickel, Furunkel							
19. Nierenschmerzen							
20. Rückenziehen, Rückenschmerzen							
21. Gelenkschmerzen in							
22. Magenschmerzen							
23. Atemnot, Asthma, Kurzatmigkeit							
24. Appetitlosigkeit							
25. Krämpfe in Armen oder Beinen							
26. Verspannungen in							
27. Durchfall							
28. Kribbeln u. Taubheitsgefühl in							
29. Nervosität, innere Unruhe							
30. Tinnitus, Ohrensausen							
31. Zittern der Hände							
32. Herzrasen							
33. Herzstechen							
34. Herzrhythmusstörungen							
35. Launen, Überreaktionen							
36. Schwellung von							
37. Ängste							
38. Panikgefühle							
39. Bluthochdruck							
40. Kreislaufbeschwerden							
41. Hitzewallungen, starkes Schwitzen							
42. unerklärliche Gewichtsabnahme							
43. Schlafprobleme							
44. Übelkeit, Brechreiz							
45. Kloßgefühl, Druck im Hals							
46. Schwindelgefühle							
47. Vergesslichkeit							
48. Tränenausbrüche							
49. Depressionen							
50. lähmende Müdigkeit							
51. unerklärliche Gewichtszunahme							
52. trockenes Haar							
53. Haarausfall							
54. Lichtempfindlichkeit							
55. häufiges Frieren							
56. Bindehautentzündung							
57. Nebenhöhlenentzündungen							
58. Blasenschmerzen							
59. Reizhusten							
60. Halskratzen, -entzündungen							
61. Überempfindlichkeit der Scheide							
62. Verstopfung							
63. Blutdruck zu niedrig							
64. Bläschen im Mund oder an Lippe							
65. dunkle Ringe um die Augen							

# Für Rückmeldungen u. Nachfragen nach 3 - 24 Monaten

(vor dem ersten Ausfüllen für weitere Rückfragen kopieren!)

Datum..... Alter: ..... Gewicht:.....

1. Hormonberatung von ..... ist ca. ....Monate / .....Jahre her

Folgendes habe ich seit dem..... / über ..... Monate umgesetzt:

**Magnesium** hin und wieder.....mg oder täglich .....mg Entgiftung mit.....

**Vitamin B-Komplex** .....

**Bewegung** täglich.... / wöchentlich.... : Sportart..... Minuten

Sonstiges:

## Gegenwärtige Therapie / Anwendungen

Diese Medikamente wende ich zur Zeit an:

Progesteron .....mg an ZT .....bis..... und ..... mg an ZT ..... bis..... Produktname:.....

Östriol: .....mg an ZT .....bis..... und ..... mg an ZT ..... bis..... Produktname:.....

Östradiol: .....mg an ZT .....bis..... und ..... mg an ZT ..... bis..... Produktname:.....

Testosteron: .....mg an ZT .....bis..... und ..... mg an ZT ..... bis..... Produktname:.....

DHEA: D.... .....mg an ZT .....bis..... und ..... mg an ZT ..... bis..... Produktname:.....

T4: .....mg an ZT .....bis..... und ..... mg an ZT ..... bis..... Produktname:.....

T3: .....mg an ZT .....bis..... und ..... mg an ZT ..... bis..... Produktname:.....

Kombipräparat T4 / T3: .....mg an ZT .....bis.....u. ....mg an ZT ..... bis..... Produktname:.....

Thyreoidinum D4 ... D6... an ZT .....bis..... und ..... mg an ZT ..... bis.....

Traubensilberkerze: .....mg an ZT .....bis.....u. .... mg an ZT ..... bis..... Produktname:.....

Mönchspfeffer: .....mg an ZT .....bis..... und ..... mg an ZT ..... bis..... Produktname:.....

Yamswurzel .....mg an ZT .....bis..... und ..... mg an ZT ..... bis..... Produktname:.....

.....mg an ZT .....bis..... und ..... mg an ZT ..... bis..... Produktname:.....

.....mg an ZT .....bis..... und ..... mg an ZT ..... bis..... Produktname:.....

## Meine Beobachtungen

Nach wenigen Tagen:

---

---

Nach .....Monaten:

---

---

## Weiterhin ein Problem ist:

---

---

Mein Kommentar zur bisherigen Beratung:

---

---

Bitte **Kopie von neuen, aktuellen Testberichten** beilegen!!

Bei folgendem **Arzt** habe ich eine offene Haltung gegenüber natürlichen Hormonhilfen gefunden:

Fr/Herr.....Fachrichtung.....Tel..... alle Kas-

sen.....?PLZ..... Ort..... Strasse.....