



## Anamnese- und Beschwerdefragebogen bei Androgenisierung

Sehr geehrte Patienten ich freue mich, Sie in unserer Praxis begrüßen zu dürfen. Um Ihnen eine gute Beratung und Behandlung anbieten zu können bin ich auf Ihre Mithilfe und Auskünfte angewiesen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, soweit es Ihnen möglich ist. Bei Unklarheiten wenden Sie sich bitte an ein Mitglied unseres Teams oder an mich persönlich.

Vielen Dank! Christiane Peters

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Tel. / Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Körpergröße \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_ BMI \_\_\_\_\_

- **Besteht bei Ihnen eine verstärkte Körper- und Gesichtsbehaarung?**  nein  ja, seit \_\_\_\_\_

- Falls ja, dann beschreiben Sie bitte die Behaarung und das Ausmaß detaillierter

(1 = leicht, 2 = mäßig, 3 = deutlich, 4 = stark, 5 = sehr stark/sehr belastend)

Oberlippe	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Kinn	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Stirn / Koteletten	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Rücken	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Oberarme	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Brust / Dekolleté	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Um die Brustwarze herum	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Entlang der Bauchmittellinie, von den Schamhaaren zum Nabel	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Gesäß	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Oberschenkel	1	-	2	-	3	-	4	-	5

Bisherige Therapie(n) unter Angaben des Zeitraumes und der Effektivität:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- **Leiden Sie unter Akne?**  nein  ja

- Falls ja, dann beschreiben Sie bitte genauer

(1 = leicht, 2 = mäßig, 3 = deutlich, 4 = stark, 5 = sehr stark/sehr belastend)

Akne im Gesicht	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Akne am Rücken	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Akne am Dekolleté	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Akne im Genitalbereich	1	-	2	-	3	-	4	-	5

Neigen Sie zu Abszessbildungen?  nein  ja

Bisherige Therapie(n) unter Angaben des Zeitraumes und der Effektivität:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



- **Besteht bei Ihnen ein verstärkter Haarausfall?**  nein  ja

- Falls ja, dann beschreiben Sie bitte genauer

(1 = leicht, 2 = mäßig, 3 = deutlich, 4 = stark, 5 = sehr stark/sehr belastend)

Diffuser Haarausfall am Kopf	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Haarausfall im Scheitelbereich	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Entwicklung von „Geheimratsecken“	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Haarausfall am Hinterhaupt	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Kreisrunder Haarausfall	1	-	2	-	3	-	4	-	5
Haarverlust von >100 Haaren tgl. ?	<input type="radio"/> nicht gezählt		<input type="radio"/> nein		<input type="radio"/> ja				

Bisherige Therapie(n) unter Angaben des Zeitraumes und der Effektivität:

---



---

- **Fühlen Sie sich von den oben aufgeführten Beschwerden belastet?**  nein  ja

- Falls ja, bitte ankreuzen: 0 = gar nicht, 10 = sehr stark belastet

0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9 - 10

- **Wann hatten Sie Ihre letzte Periodenblutung (LR)?** \_\_\_\_\_ Datum
- **Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Monatsblutung?** \_\_\_\_\_ Jahre
- **Wie lang ist der aktuelle Zyklus, d.h. der Abstand vom 1. Tag der Regelblutung bis zum 1. Tag der darauffolgenden Regelblutung?**

regelmäßig, alle \_\_\_\_\_ Tage  unregelmäßig, von \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Tage/ Wochen/ Monate

- **Wie lange dauert die Blutung?** \_\_\_\_\_ Tage

- **Wie stark sind Ihre Blutungen?**  schwach  mittel  stark  sehr stark

- **Haben Sie Zwischenblutungen?**  nein  ja

- Falls ja, dann zumeist

vor der Periodenblutung  nach der Periodenblutung

in Zyklusmitte  unregelmäßig

- **Haben Sie Schmerzen während der Monatsblutung?**  nein  ja

- Falls ja, , dann ergänzen Sie bitte:

Schmerzintensität  leicht  mäßig  stark

Schmerzmitteleinnahme  nein  ja, Name des Medikamentes: \_\_\_\_\_

- **Haben Sie Beschwerden wie Brustspannen, Stimmungsschwankungen, Rücken- oder Unterbauchschmerzen an den Tagen „vor den Tagen“?**  nein  ja

- Falls ja, wie lange halten die Beschwerden an: \_\_\_\_\_ Tag(e)



• **Waren Sie schwanger?**

nein

ja

- Falls ja, dann beantworten Sie bitte die folgenden Fragen bzgl. des Schwangerschaftsausganges:

Jahr	Geburt (G), Eileiterschwangerschaft (EG), Fehlgeburt (F), Abbruch (A)	Kaiserschnitt	Komplikationen in der Schwangerschaft, während oder nach der Geburt
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____
_____	_____	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja	_____

• **Haben Sie in den letzten 3 – 5 Jahren verhütet?**

nein

ja, mit folgender Methode

	Von	Bis	Präparat
Pille	_____	_____	_____
Pille	_____	_____	_____
Spirale	_____	_____	_____
Kondom	_____	_____	_____
Sterilisation	Jahr der OP:	_____	_____
Sterilisation des Mannes	Jahr der OP:	_____	_____
Sonstiges	_____		

• **Wurden bei Ihnen im Bauchraum, im Unterleib oder an der Brust Operationen durchgeführt?**

nein

ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Art der Operationen und wann sie durchgeführt wurden:

\_\_\_\_\_

• **Hatten Sie anderweitige Operationen?**

nein

ja

- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Art der Operationen und wann sie durchgeführt wurden:

\_\_\_\_\_

• **Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung?** \_\_\_\_\_ Monat \_\_\_\_\_ Jahr

• **Hatten Sie bereits einmal einen auffälligen Abstrichbefund?**

nein

ja

• **Leiden Sie an eine der folgenden Beschwerden / Erkrankungen?**

- Bitte Zutreffendes ankreuzen

Schilddrüsenerkrankungen

Diabetes mellitus

Bluthochdruck

Asthma / chron. Bronchitis

Thrombose / Embolie

Reizdarm

Nierenerkrankungen

Krebs / andere Tumorerkrankungen

Hohe Stressbelastungen

Stimmungsschwankungen

Angstzustände, Panikattacken

Hashimoto-Thyreoiditis

Insulinpflichtiger Diabetes mellitus

Fettstoffwechselstörung / erhöhte Blutfettwerte

Herz- / Kreislauferkrankungen

Neurologische Erkrankungen

Sonstige Magen-, Darmerkrankungen

Lebererkrankungen

Genetische Erkrankungen

Chronische Kopfschmerzen / Migräne

Anhaltende Schlafstörungen

Anhaltende Erschöpfung / Müdigkeit



- **Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  nein  ja  
- Falls ja, dann nennen Sie mir bitte das Präparat / die Präparate: \_\_\_\_\_
- **Nehmen Sie regelmäßig Mikronährstoffe ein?**  nein  ja  
- Falls ja, dann nennen Sie mir bitte die Mineralstoffe / Vitamine / Probiotika: \_\_\_\_\_
- **Sind bei Ihnen Medikamentenunverträglichkeiten bekannt?**  nein  ja  
- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Wirksubstanz: \_\_\_\_\_
- **Haben Sie Allergien / Lebensmittelunverträglichkeiten?**  nein  ja  
- Falls ja, dann nennen Sie bitte die Allergene / Lebensmittel: \_\_\_\_\_
- **Achten Sie auf Ihre Ernährung, ernähren Sie sich bewußt?**  
 ja, überwiegend Biokost  ja, low carb  ja, ausgeglichen  
 ja, vegan  ja, \_\_\_\_\_  ja, vegetarisch
- **Trinken Sie mehr als 4-mal pro Woche Alkohol?**  nein  ja
- **Nehmen Sie Drogen?**  nein  ja, selten  ja, regelmäßig
- **Rauchen Sie?**  nein  ja, 1-5 Zig./Tag  ja, >5 Zig./Tag  ja, \_\_\_\_\_
- **Sind Sie sportlich aktiv?**  nein  ja, gelegentlich  ja, regelmäßig: \_\_\_\_\_ /Wo
- **Was machen Sie beruflich?** \_\_\_\_\_
- **Sind in Ihrer engeren Familie (Geschwister, Eltern, Großeltern) eine der folgenden Erkrankungen bekannt bzw. aufgetreten?**  
- Bitte Zutreffendes ankreuzen  
 Schilddrüsenerkrankungen  Thrombose / Embolie  
 Brustkrebs  Darmkrebs  
 Gebärmutterkrebs  Osteoporose  
 Genetische Erkrankungen  Sonstiges: \_\_\_\_\_
- **...und eine letzte Frage: Wie bzw. durch wen sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**  
 Empfehlung Freunde / Bekannte  Empfehlung des betreuenden Arztes: \_\_\_\_\_  
 Internet / Webseite  Sonstiges: \_\_\_\_\_

Berlin / Potsdam, den

Unterschrift Patient