



## zu Ihrer Person

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

## Sehr verehrte Patientin,

Sie nutzen bereits seit einiger Zeit eine Hormonersatztherapie. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, den individuellen Nutzen und eventuelle Risiken dieser Therapie in regelmäßigen Abständen neu zu evaluieren.

## Ihre Hormontherapie

Welche Art der Therapie nutzen Sie?  Pflaster  Tablette  Gel  Spray

Bei Anwendung von **Pflaster** z.B. Fem7, **Tablette** z.B. Femoston, **Gel** z.B. Gynokadin oder **Spray** z.B. Lenzetto entspricht die Häufigkeit der allg. Empfehlung  **Ja**  **Nein** **Wenn nein, welche individuelle Anwendung findet statt?**   
(Infos zur Darreichung)

Zu welcher Zeit erfolgt die Einnahme?  morgens  mittags  abends  nachts

Bei Anwendung von Progesteron, in der Regel in Kombination mit Gel oder Spray, erfolgt die Häufigkeit: 1x abends  kontinuierlich jeden Abend  zyklisch (ab dem 12.-14. Zyklustag)

## Zyklusanamnese

Habe Sie Regelblutungen unter der Hormonersatztherapie?  **Ja**  **Nein** **Wenn ja, wie oft?**  regelmäßig  häufiger  unregelmäßig  seltener

Haben Sie Zwischenblutungen?  **Ja**  **Nein**

## Wechseljahresbeschwerden

Haben Sie bei den folgenden Wechseljahresbeschwerden Änderungen festgestellt bzw. welche Symptome belasten Sie weiterhin?

	keine	leicht	mittel	stark
[1] Hitzewallungen, Schwitzen (aufsteigende Hitze, nächtliche Schweißausbrüche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[2] Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[3] depressive Verstimmungen (Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[4] Reizbarkeit (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[5] Ängstlichkeit (innere Unruhe, Panik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[6] Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[7] körperliches Erschöpfungsgefühl (allgemeine Leistungsminderung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[8] Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[9] Schwindel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	keine	leicht	mittel	stark
[10] Gelenk- und Muskelbeschwerden (Gelenkschmerzen, rheumaähnliche Beschwerden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[11] Haarausfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[12] Brustspannen, Brustschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[13] Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, häufiger Harnwegsinfekte, unwillkürlicher Urinverlust)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[14] Scheidentrockenheit (Trockenheitsgefühl, Brennen, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
[15] Sexuelle Veränderungen (Veränderungen der Lust/ sexuellen Erregung und des Orgasmus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Empfinden Sie diese Veränderung als belastend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
[16] (weitere nicht genannte Symptome)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Welche(s) dieser o.g. Symptome belastet Sie am meisten? **Nr.**   
 (nennen Sie die angegebenen Zahlen [1], [2], ...)

**Erfolg der Therapie**

Wie würde Sie die Veränderung seit Therapiebeginn nach Schulnoten bewerten?        
 1 2 3 4 5 6

Möchten Sie die Therapie fortsetzen?  Ja  Nein

Haben Sie noch Fragen zum Thema Hormonersatztherapie?

Bitte bringen Sie diesen Bogen zu Ihrem nächsten Termin in der Praxis mit oder mailen Sie ihn uns unter kontakt@frauenarzt-kunst.de

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie als Patientin, den Bogen nach Ihrem besten Wissen selbst ausgefüllt zu haben.

(Ort, Datum)

(Unterschrift)