

ANAMNESEBOGEN

FÜR FRAUEN MIT WECHSELJAHRESBESCHWERDEN



Liebe Patientin,

Sie leiden unter Wechseljahresbeschwerden und möchten diese bezüglich beraten werden. Um auf Ihre individuellen Bedürfnissen eingehen zu können, bitte ich Sie, folgende Fragen zu beantworten.

ANGABEN ZUR PERSON

Name: _____ Geburtstag: _____

Anschrift: _____ Größe: _____

Blutdruck*: _____ BMI*: _____ Gewicht: _____

GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen?	ja	nein
Endometriose	☐	☐
Myome der Gebärmutter Endometriose		
Weitere Unterleibserkrankungen, z. B. Zysten, Entzündungen	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Erkrankungen der Brust	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Wurden bei Ihnen gynäkologische OPs durchgeführt?	☐	☐
Wenn ja, welche?		
Hatten Sie in der Vergangenheit Fehlgeburten?	☐	☐
Hatten Sie jemals längere Phasen ohne Regelblutungen?	☐	☐

REGELBLUTUNG

Wann war ihre letzte und vorletzte Blutung?		
Falls Sie noch Blutungen haben:		
Treten Ihre Regelblutungen in unregelmäßigen Abständen auf?	☐	☐
Wenn ja, seit wann und in ca. welchen Zeitspannen?		
Haben Sie Zwischenblutungen?	☐	☐
Hat sich ihre Regelblutung in den letzten 2 Jahren verändert?	☐	☐
Wenn ja, wie? ☐ häufiger ☐ seltener ☐ stärker ☐ schwächer		

WELCHE VORSORGEUNTERSUCHUNGEN WURDEN IN LETZTER ZEIT BEI IHNEN DURCHGEFÜHRT?

☐ Mammographie/Brustultraschall – Wann?		
☐ Gynäkologische Vorsorgeuntersuchung – Wann?		
☐ Sonstige (z. B. Darmspiegelung) Wenn ja, welche und wann?		
☐ Vaginale Sonographie – Wann?		
☐ Knochendichtemessung – Wann?		
Gab es Auffälligkeiten bei den Befunden?	☐	☐

WECHSELJAHRESBESCHWERDEN

	keine	leicht	mittel	stark
1. Hitzewallungen, Schwitzen (aufsteigende Hitze, nächtliche Schweißausbrüche)	☐	☐	☐	☐
2. Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafstörungen, zu frühes Aufwachen)	☐	☐	☐	☐
3. Depressive Verstimmungen (Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)	☐	☐	☐	☐
4. Reizbarkeit (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)	☐	☐	☐	☐
5. Ängstlichkeit (innere Unruhe, Panik)	☐	☐	☐	☐
6. Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzasen, Herzsotolpern)	☐	☐	☐	☐
7. Körperliches Erschöpfungsgefühl, allgemeine Leistungsminderung	☐	☐	☐	☐
8. Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit	☐	☐	☐	☐
9. Sexuelle Veränderungen (Veränderungen der Lust, der sexuellen Erregung und des Orgasmus) Empfinden Sie diese Veränderung als belastend?	☐	☐	☐	☐
10. Scheidentrockenheit (Trockenheitsgefühl oder Brennen, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)	☐	☐	☐	☐
11. Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, häufige Harnwegsinfekte, unwillkürlicher Urinverlust)	☐	☐	☐	☐
12. Gelenk- und Muskelbeschwerden (Schmerzen im Bereich der Gelenke, rheuma-ähnliche Beschwerden)	☐	☐	☐	☐
13. Haarausfall	☐	☐	☐	☐
14. Schwindel	☐	☐	☐	☐
15. Brustspannen, Brustschmerzen	☐	☐	☐	☐
16. Weitere nicht genannte Symptome – Wenn ja, welche	☐	☐	☐	☐
Welches dieser Symptome (Nr. 1–16) belastet Sie am meisten?				

LEBENSUMSTÄNDE, RISIKOFAKTOREN UND SYMPTOME

	ja	nein
Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? Wenn ja, wieviel?	☐	☐
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel und wie häufig?	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Pflanzenpräparate/Nahrungsergänzungsmittel ein? Wenn ja, welche?	☐	☐
Hat sich in letzter Zeit Ihr Gewicht verändert? Wenn ja, um wieviele kg (+ oder -)?	☐	☐
Treiben Sie regelmäßige Sport?	☐	☐
Leiden Sie unter unklaren Ohnmachtsanfällen? Treten bei Ihnen z.T. starke Kopfschmerzen auf? Wenn ja, wie häufig?	☐	☐
Haben Sie sich schon einmal einen Knochen gebrochen?	☐	☐

LIEGT ODER LAG BEI IHNEN EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN VOR?

Kardiovaskuläre Erkrankungen:	ja	nein
Erhöhter Blutdruck	☐	☐
Thrombose oder Lungenembolie	☐	☐
Herzinfarkt oder Schlaganfall	☐	☐
Krampfader	☐	☐
Sonstige (z. B. Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen)	☐	☐
Krebserkrankungen Wenn ja, welche?	☐	☐
Erkrankungen des Nervensystems z.B. Migräne, Epilepsie	☐	☐
Stoffwechselerkrankungen z.B. erhöhte Blutfettwerte	☐	☐
Diabetes mellitus	☐	☐
Blutgerinnungsstörung	☐	☐
Schilddrüsenerkrankungen	☐	☐
Erkrankungen der Nebennierenrinde	☐	☐



LIEGT ODER LAG BEI IHNEN EINE DER FOLGENDEN ERKRANKUNGEN VOR?

ja nein

Lungenerkrankungen (z. B. Asthma, COPD)?	☐	☐
Erkrankungen der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse	☐	☐
Erkrankungen des Knochens oder des Bindegewebe (Osteoporose, Arthrose, Knochenerweichung)	☐	☐
Seelische Erkrankungen? Wenn ja, welche?	☐	☐
Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche?	☐	☐
Andere Erkrankungen? Wenn ja, welche?		

FAMILIENANAMNESE

Hatte ein naher Angehöriger (Mutter, Vater, Geschwister, Onkel, Tanten, Großeltern) eine der oben genannten oder andere schwere Erkrankungen?	☐	☐
--	-----------------------	-----------------------

Bitte gehen Sie die Liste nochmals durch! Wenn ja: Wer, welche Erkrankung und in welchem Alter?

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche?	☐	☐
---	-----------------------	-----------------------

ALLGEMEIN

Ist eine Blutungsfreiheit erwünscht?	☐	☐
Besteht der Wunsch nach einer Schwangerschaftsverhütung?	☐	☐
Haben Sie schon etwas gegen Wechseljahresbeschwerden unternommen? Wenn ja, was?	☐	☐

HABEN SIE BESTIMMTE VORSTELLUNGEN ZUR THERAPIE IHRER WECHSELJAHRESBESCHWERDEN?

HABEN SIE FRAGEN ZU EINEM BESTIMMTEN THEMA?

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____