



Anamnesebogen für Frauen mit Wechseljahresbeschwerden

Liebe Patientin,

zur individuellen Beratung in unserer Wechseljahressprechstunde benötigen wir von Ihnen genauere Angaben zu Ihren jetzigen Beschwerden. Dies hilft uns, unsere Behandlung besser auf Sie abzustimmen.

GYNÄKOLOGISCHE ANAMNESE

Besteht oder bestand bei Ihnen eine der folgende Erkrankungen?

Endometriose ☐ nein ☐ ja

Myome der Gebärmutter ☐ nein ☐ ja

Weitere Unterleibserkrankungen, z.B. Zysten, Entzündungen ☐ nein ☐ ja,
welche.....

Erkrankungen der Brust ☐ nein ☐ ja,
welche.....

Wurde bei Ihnen Gynäkologische Operationen durchgeführt?

☐ nein ☐ ja, welche

Hatten Sie bereits Fehlgeburten/ Schwangerschaftsabbrüche/ Eileiterschwangerschaften?

Datum	Fehlgeburt	Abbruch	Eileiterschwangerschaft

Haben Sie Kinder geboren?

Datum	Geburtsart	Geburtsgewicht	Komplikationen

REGELBLUTUNG

Wann war Ihre letzte und vorletzte Blutung?

Falls Sie noch Blutungen haben:

Treten Ihre Regelblutung in unregelmäßigen Abständen auf? ☐ nein ☐ ja

Hat sich Ihre Regelblutung in den letzten 2 Jahren verändert? ☐ nein ☐ ja

Wenn ja, wie: ☐ häufiger ☐ seltener ☐ stärker ☐ schwächer

Welche Vorsorgeuntersuchungen wurden in letzter Zeit bei Ihnen durchgeführt?

Wann war Ihre letzte Mammographie/ Brustultraschall?

.....

Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung?

.....

Haben Sie sonstige Untersuchungen durchführen lassen (z.B. Darmspiegelung)?

Wenn ja, welche und wann?

Wann war Ihr letzter vaginaler Ultraschall?

Hatten Sie bereits eine Knochendichtemessung?

Gab es Auffälligkeiten bei den Befunden?

Wechseljahresbeschwerden (keine – leicht – mittel- stark)

	Haben Sie folgende Beschwerden?	keine	leicht	mittel	stark
1	Hitzewallungen, Schwitzen (aufsteigende Hitze, nächtl. Schweißausbrüche)				
2	Schlafstörungen (Einschlaf-,Durchschlafstör., zu frühes Aufwachen)				
3	Depressive Verstimmungen (Traurigkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)				
4	Reizbarkeit (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)				
5	Ängstlichkeit (innere Unruhe, Panik)				
6	Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzrasen, Herzstolpern)				
7	Körperliches Erschöpfungsgefühl, allgemeine Leistungsminderung				
8	Konzentrationsschwierigkeiten, Vergesslichkeit				

9	Sexuelle Veränderungen (Veränderungen der Lust, der sexuellen Erregung und des Orgasmus) Ist dies belastend? ja nein				
10	Scheidentrockenheit (Trockenheitsgefühl oder Brennen, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)				
11	Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, häufige Harnwegsinfekte, unwillkürlicher Urinverlust)				
12	Gelenk- und Muskelbeschwerden (rheuma-ähnliche Beschwerden)				
13	Haarausfall				
14	Schwindel				
15	Brustspannen, Brustschmerzen				
16	Weitere nicht genannte Symptome Welches dieser Symptome (1-16) belastet Sie am meisten? 				

LEBENSUMSTÄNDE, RISIKOFAKTOREN UND SYMPTOME

- Rauchen Sie oder haben Sie früher geraucht? ☐ nein ☐ ja, wieviel
- Trinken Sie regelmäßig Alkohol? ☐ nein ☐ ja, wieviel
- Hat sich bei Ihnen das Gewicht verändert? ☐ nein ☐ ja, wie viel kg (+ oder -)
- Treiben Sie Sport? ☐ Häufig ☐ gelegentlich ☐ selten
- Treten bei Ihnen Ohnmachtsanfälle oder starke Kopfschmerzen auf? ☐ nein ☐ ja
- Sind bei Ihnen ein oder mehrere Knochenbrüche bekannt? ☐ nein ☐ ja

MEDIKAMENTE

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente oder Pflanzenpräparate/ Nahrungsergänzungsmittel ein?

- ☐ nein ☐ ja, folgende

.....

Haben Sie in der Vergangenheit über einen längeren Zeitraum hochdosierte Cortison-Behandlung bekommen?

- ☐ nein ☐ ja

Liegt oder lag bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen vor?

Erkrankung	Nein	Ja
Erhöhter Blutdruck		
Thrombose oder Lungenembolie		
Herzinfarkt oder Schlaganfall		
Krampfadern		
Sonstiges (Angina pectoris, Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen)		
Krebserkrankungen Wenn ja, welche		
Erkrankungen des Nervensystems z.B. Migräne, Epilepsie		
Stoffwechselerkrankung z.B. erhöhte Blutfettwerte		
Diabetes mellitus		
Blutgerinnungsstörung		
Schilddrüsenerkrankungen		
Erkrankungen der Nebennierenrinde		
Lungenerkrankung z.B. Asthma, COPD		
Erkrankungen der Leber, Galle, Bauchspeicheldrüse		
Erkrankungen des Knochens oder des Bindegewebe z.B. Osteoporose, Arthrose		
Seelische Erkrankung Wenn ja, welche		
Allergien oder Unverträglichkeiten Wenn ja, welche		
Andere Erkrankungen Wenn ja, welche		

FAMILIENANAMNESE

Hatte ein naher Angehöriger (Mutter, Vater, Geschwister) von Ihnen eine der oberen genannten oder andere schweren Erkrankungen?

Wenn ja, welche

.....

.....

IMPFUNGEN

Ist Ihr Impfstatus komplett?

☐ nein ☐ ja

Haben Sie einen Impfpass dabei?

☐ nein ☐ ja

Sind Sie geimpft gegen Gürtelrose oder Pneumokokken?

☐ nein ☐ ja

INDIVIDUELLE FRAGEN

Haben Sie schon etwas gegen Ihre Wechseljahresbeschwerden unternommen? ☐ nein

☐ Wenn ja, was?

.....

.....

.....

Haben Sie bestimmte Vorstellungen zur Therapie Ihrer Wechseljahresbeschwerden?

☐ nein ☐ ja, welche

.....

.....

.....

Haben Sie noch Fragen zu einem bestimmten Thema?

☐ nein

☐ Wenn ja, welche?

.....

.....

.....