

Beschwerdebogen Hormone - Ärztliche Auskunft für Dr. med. dent. M. Herrmann

Nachname: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ E-mail: _____

Straße: _____ PLZ, Wohnort: _____

Gesundheitliche Probleme bei Hormonmangel-Störungen – Bitte ankreuzen (X)

	nein	leicht	stark	sehr stark
Leiden Sie unter Wallungen, Schwitzen, aufsteigender Hitze Schweißausbrüchen, auch ohne körperliche Belastung – tagsüber und/oder nachts?				
Leiden Sie unter Herzklopfen, -rasen, -stolpern oder -beklemmung?				
Leiden Sie unter Schlafstörungen, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, zu frühes Erwachen?				
Leiden Sie unter depressiven Verstimmungen, Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen?				
Kennen Sie Nervosität, Reizbarkeit, innere Anspannung, Aggressivität?				
Bemerken Sie Gedächtnisminderung, nachlassende Merkfähigkeit, geistige Erschöpfbarkeit, Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit?				
Besteht eine Minderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Bestätigung und Befriedigung?				
Leiden Sie unter Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang?				
Bemerken Sie Schmerzen vorwiegend im Bereich der Fingergelenke oder allgemeine rheuma-ähnliche Beschwerden?				
Bei Frauen: Leiden Sie unter Trockenheit der Scheide, Trockenheitsgefühl der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr				
Hatten Sie eine Verletzung der Halswirbelsäule: Schleudertrauma, Sportunfall o. ä.	Ja		Nein	
Haben Sie Ihre Knochendichte bestimmen lassen?	Wann: _____			

Bitte kreuzen Sie das Betreffende an, wenn diese Krankheiten bei Ihnen vorliegen:

Thrombose
 Schlaganfall

Venenentzündung
 Gallensteine

Brustkrebs
 Allergie