



Haben Sie ein PCO- Syndrom?		ja	nein
Leiden Sie unter Endometriose?		ja	nein
Hatten Sie eine Kinderwunschbehandlung ?			
Haben Sie früher unter Akne gelitten?		ja	nein
		ja	nein
Wenn ja, haben Sie diese medikamentös behandelt?		ja	nein
Haben Sie aktuell immer noch Probleme mit Akne oder unreiner Haut?		ja	nein
Leiden Sie unter starker Hautalterung?		ja	nein
Können Sie gut schlafen?		ja	nein
Wenn Sie unter Schlafstörungen leiden:	Einschlafstörungen	Durchschlafstörungen	
Schwitzen Sie stark?		ja	nein
Wenn ja, nur bei Anstrengung?		ja	nein
Leiden Sie unter permanenter Müdigkeit?		ja	nein
Fühlen Sie sich stark erschöpft?		ja	nein
Hatten Sie schon einmal ein Burn out oder eine (Erschöpfungs-)Depression?	ja		nein
Fühlen Sie sich geistig fit, aber körperlich geschwächt?		ja	nein
Können Sie bei körperlichem Training gut Muskulatur aufbauen?		ja	nein
Können Sie Dinge nicht gut behalten, oder suchen Sie oft nach Worten oder Namen?		ja	nein
Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung?		ja	nein
Eine Schilddrüsen <b>über</b> - oder <b>-unter</b> funktion?		ja	nein
Wird diese medikamentös behandelt?		ja	nein
Haben Sie eine Autoimmunerkrankung?		ja	nein
Haben Sie weitere Erkrankungen?		ja	nein
Haben Sie bereits irgendeine Form von Krebs gehabt?		ja	nein
Haben Sie einen Herzinfarkt gehabt?		ja	nein
Haben Sie eine Osteoporose?		ja	nein
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?		ja	nein
Nehmen Sie Vitamine oder Spurenelemente ein?		ja	nein

Rauchen Sie?	ja	nein
Nehmen Sie aktuell Hormone ein?	ja	nein
Haben Sie Ängste oder Befürchtungen bezüglich einer Hormontherapie?	ja	nein

Ich bedanke mich für Ihr Vertrauen, selbstverständlich werden Ihre Angaben vertraulich behandelt. Sollten Fragen oder Probleme beim Ausfüllen auftreten, lassen Sie die Frage offen, und beantworten die nächsten Fragen, die ausstehenden Fragen und die Inhalte besprechen wir in der Hormonsprechstunde.

**Ihre Dr. med. Suzan Hofmaier**