



# Anamnesebogen für Speichelhormonanalyse

Bitte von/m Patienten/in vollständig und lesbar ausfüllen lassen



- JA** ich bin damit einverstanden, dass mein/e Therapeut/in den Anamnesebogen in Kopie mit meinem Befund erhält.
- NEIN** ich bin nicht damit einverstanden, dass mein/e Therapeut/in den Anamnesebogen in Kopie mit meinem Befund erhält.

.....  
Datum

.....  
Unterschrift

## Persönliche Daten

Praxisdaten: .....

Patientenname: ..... Vorname: .....

Straße: .....

Wohnort: ..... PLZ: .....

Geburtsdatum: ..... Alter : .....

- männlich
- weiblich

Größe (cm): ..... Gewicht (kg): .....

Berufliche Tätigkeit: .....

Anzahl der Kinder: ..... Alter der Kinder: .....

## Gesundheitszustand/ Vorerkrankungen

▪ Warum lassen Sie die Speichel-Untersuchung durchführen?

.....

▪ Welche Beschwerden haben Sie (z. B. Müdigkeit, Schlafstörungen, Osteoporose, Haarausfall, trockene Schleimhäute)?

.....

.....



# Anamnesebogen für Speichelhormonanalyse

Bitte von/m Patienten/in vollständig und lesbar ausfüllen lassen



## Gesundheitszustand/ Vorerkrankungen

- Liegen aktuell Erkrankungen vor (z. B. der Leber, Gallengänge)?  ja /  nein wenn ja, welche?  
.....  
.....
- Haben Sie hormonelle Störungen (z. B. Hirsutismus, Prämenstruelles Syndrom, erektile Dysfunktion)?  ja /  nein wenn ja, welche?  
.....
- Hatten Sie Operationen an der Schilddrüse, Bauchspeicheldrüse oder am Unterleib?  ja /  nein wenn ja, welche und wann?  
.....
- Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten?  ja /  nein wenn ja, welche?  
.....
- Haben Sie mehr als vier Infekte pro Jahr?  ja /  nein wenn ja, wie viele?  
.....

## Medikamente

- Nehmen Sie gelegentlich/regelmäßig Medikamente ein?  ja /  nein wenn ja, welche?  
.....
- **Setzen Sie Hormonpräparate ein** (z. B. Pille, Hormonspirale, Hormoncremes, Schilddrüsenmedikamente, Haarwasser, ...)?  ja /  nein wenn ja, welche?  
.....
- **Setzen enge Familienmitglieder Hormonpräparate ein?**  ja /  nein wenn ja, welche?  
.....
- **Wann haben Sie die/das Medikament/e oder Präparat/e zuletzt eingenommen/angewendet?**  
.....
- **Welche Maßnahmen ergreifen Sie zur Empfängnisverhütung?**  
(z. B. Pille, Hormonspirale, Kupferspirale, Hormonspritze, Temperaturmessung, ...)?  
.....



# Anamnesebogen für Speichelhormonanalyse

Bitte von/m Patienten/in vollständig und lesbar ausfüllen lassen



## Lebensgewohnheiten

- Wie viele Mahlzeiten nehmen Sie über den Tag zu sich? .....
- Ernähren Sie sich ausgewogen (ballaststoffreich, fett- und eiweißarm)?  ja /  nein
- Treiben Sie Sport?  ja /  nein wenn ja, welche Sportart, wie oft in der Woche?  
.....
- **Trinken Sie Alkohol?**  ja /  nein wenn ja, wie oft, wie viel und was?  
.....
- Rauchen Sie?  ja /  nein wenn ja, wie viel? .....
- **Trinken Sie Kaffee oder andere koffeinhaltige / aufputschende Getränke?**  
 ja /  nein wenn ja, wie viel?  
.....
- **Wann sind Sie die letzte Woche durchschnittlich aufgewacht und aufgestanden?** .....
- Haben Sie **Schlafstörungen?**  ja /  nein wenn ja, welche?  
.....
- Welche **Hautpflegeprodukte** setzen Sie ein (Name des Produkts/der Produkte)?  
.....

## Mentale Balance

- Wie ist Ihr Gemütszustand? (Bitte Punkteangabe aus der Skala von 1 Punkt = sehr gut ☺ bis 10 Punkte = sehr schlecht ☹): ..... Punkte
- Sind Sie gestresst?  ja /  nein wenn ja, warum?  
.....
- Sind Sie schnell erschöpft und wenig belastungsfähig?  ja /  nein
- Sind Sie öfters gereizt?  ja /  nein



# Anamnesebogen für Speichelhormonanalyse

Bitte von/m Patienten/in vollständig und lesbar ausfüllen lassen



## Sexualleben/ Kinderwunsch

- Haben Sie Potenz-/ Libidoprobleme?  ja /  nein wenn ja, seit wann?  
.....
- Blieb Ihr Kinderwunsch bisher unerfüllt?  ja /  nein wenn ja, wie lange besteht der unerfüllte Kinderwunsch? .....

## Speziell für Frauen

- Haben Sie einen regelmäßigen Monatszyklus?  ja /  nein alle ..... Tage
- Wann war der Beginn Ihrer letzten Regelblutung? .....
- An welchem Zyklustag haben Sie die Speichelprobe abgenommen? .....
- Haben Sie häufig Menstruationsbeschwerden?  ja /  nein wenn ja, welche?  
.....
- Sind Sie schwanger?  ja /  nein wenn ja, in welchem Monat? .....
- Haben Sie Befindlichkeits-Störungen im Vaginalbereich (z. B. Ausfluss, Brennen, Juckreiz, trockene Schleimhäute ...)?  ja /  nein wenn ja, welche?  
.....
- Wann war Ihre letzte gynäkologische Untersuchung? .....
- Wurden Zysten, Myome oder ähnliches diagnostiziert?  ja /  nein wenn ja, was?  
.....
- Leiden Sie unter ständig wiederkehrenden Harnwegsinfektionen?  
 ja /  nein wenn ja, wie oft im Jahr? .....