

# 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? .....