

Den Fragebogen bitte im PDF-Reader öffnen, vollständig ausfüllen und unterschreiben. Datei speichern und vor deinem Termin an [hello@meno-pause-queen.com](mailto:hello@meno-pause-queen.com) senden.



## Persönliche Patientenangaben

Liebe Patientin,  
dieser Anamnesebogen hilft mir, dich und deine Situation besser zu verstehen, damit wir deine Therapie optimal planen können. Bitte fülle ihn vollständig aus und füge – falls vorhanden – relevante Befunde bei. Deine Daten bleiben selbstverständlich vertraulich. Danke für dein Vertrauen!

### PERSÖNLICHE DATEN

Name	Vorname	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Strasse	Hausnummer	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Postleitzahl	Stadt	Land
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Größe (in cm)	Gewicht	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Beruf	<input type="text"/>	

### A.) ZYKLUSANAMNESE

1.) Wann war ungefähr deine letzte Periode?

2.) Regelmäßiger oder unregelmäßiger Zyklus? Zykluslänge von ... bis

3.) Kein Zyklus: Menopause oder Gebärmutterentfernung



4.) Schwangerschaft in der ... Woche....oder stillt gerade

5.) Verhütest du aktuell, wenn ja, womit?

6.) Verwendest du derzeit eine Hormontherapie? Wenn ja, welche?

7.) Nimmst du aktuell Medikamente ein? Oder Nahrungsergänzung?

8.) Gab es bei dir medizinische Eingriffe? Wenn ja, welche?

9.) Trinkst du Alkohol oder rauchst? Wenn ja, wie viel?

## **B.) Beschwerden aktuell und in den letzten 6 Monaten: schwach oder stark?**

1.) Prämenstruelles Syndrom

2.) Stress und Erschöpfung

3.) Schlafstörungen



4.) Gelenkschmerzen

[Empty light purple box for notes]

5.) Osteoporose, Osteopenie

[Empty light purple box for notes]

6.) Hitzewallungen

[Empty light purple box for notes]

7.) Vaginalbeschwerden (z.B. Trockenheit, Jucken, Brennen)

[Empty light purple box for notes]

8.) Wiederkehrende Harnwegsinfekte

[Empty light purple box for notes]

9.) Hashimoto, Schilddrüsenüberfunktion oder Schilddrüsenunterfunktion

[Empty light purple box for notes]

10.) Kloßgefühl, Druck im Hals

[Empty light purple box for notes]

11.) Unerklärliche Gewichtszunahme

[Empty light purple box for notes]

12.) Weitere aktuelle oder chronische Erkrankungen, familiäre Vorbelastung?

[Empty light purple box for notes]

13.) Hattest du jemals oder aktuell:

Einen Tumor (gutartiger oder bösartiger Krebs) wenn ja welcher und hormonabhängig ja oder nein? PAP - Diagnose

[Empty light purple box for notes]



**Herzlichen Dank für das Ausfüllen. Bitte unterschreibe das Dokument und bestätige damit die Richtigkeit deiner Angaben.**

Hiermit bestätige ich, dass ich alles nach bestem Wissen und Gewissen ausgefüllt habe. Mir ist bewusst, dass falsche oder fehlerhafte Angaben zu Behandlungsfehlern führen können.

Hiermit bestätige ich ferner, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten und den Zugriffen auf die Daten durch die Heilpraktikerin Svenja Niederberger einverstanden bin. Es ist mir bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Aus einer Verweigerung der Einwilligung entstehen mir keine Nachteile im Rahmen der naturheilkundlichen Behandlung.

Hiermit bestätige ich, dass ich die allgemeinen Geschäftsbedingungen der Praxis Villa Westfalia gelesen und verstanden habe und damit einverstanden bin.

---

Ort und Datum

Unterschrift

Du klickst ins Feld → wählen ‚Mit Maus zeichnen‘ (am PC) oder  
‚Mit Finger unterschreiben‘ (auf Tablet/Handy).

Deine elektronische Unterschrift in diesem Dokument gilt nach § 126a BGB  
als rechtsverbindlich und wird akzeptiert.