

**Postadresse:**  
Kaffeefeld 2a  
82481 Mittenwald  
0049 (0)8823 9379888  
Praxis.Pfeiffer@t-online.de  
[www.Naturheilpraxis-Pfeiffer.com](http://www.Naturheilpraxis-Pfeiffer.com)

**Praxisadresse:**  
Krottenkopfstraße 15  
82467 Garmisch-Partenkirchen  
0049 (0)8823 9379888

**Datum:**

## Fragebogen Frauen

**Name, Vorname**

**Adresse**

**PLZ und Ort:**

**Tel:**

**E-Mail:**

**Geburtsdatum:**

**Gewicht:**

**Größe:**

**Beruf:**

**Erlerner Beruf**

**Welcher beruflichen Tätigkeit gehen Sie zurzeit nach?**

**Versicherung:**

**Kasse:**   
**Privat:**

**Beihilfe**

**Bitte füllen Sie den Fragebogen nach bestem Wissen aus. Wenn mehrere Antworten möglich sind, kreuzen Sie diese oder an!**

**Bitte legen Sie 2 aktuelle Bilder (Portrait und Ganzkörper) mit dazu, oder senden Sie die Bilder per Email an [Praxis.Pfeiffer@t-online.de](mailto:Praxis.Pfeiffer@t-online.de)**

Schildern Sie bitte Ihre derzeitigen Beschwerden?

Wann traten die Beschwerden das erste Mal auf?

Was haben Sie bisher dagegen getan?

Welche Medikamente nehmen Sie zurzeit regelmäßig ein?

Welche Auslöser vermuten Sie für Ihre derzeitigen Beschwerden? (Beginn der Menses, Psychische Ursachen wie Trauma, Schock, Ärger, Erregung, Schwangerschaft, Geburt, Beginn oder Absetzen der Pille, Wechseljahre, Operation, Impfung etc.)

Welche Erkrankungen hatten Sie im Laufe Ihres Lebens? Bitte um chronologische Auflistung! Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, legen Sie bitte ein separates Papier dazu.

Leiden Sie unter trockenen Schleimhäuten

Augen

Nase

Scheide

Nein

Leiden Sie unter Beschwerden, die Sie nicht mit Ihrem Hormonhaushalt in Verbindung bringen?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

Wissen Sie wie hoch Ihr Blutdruck ist?

Haben oder hatten Sie Amalgamfüllungen der Zähne?

Ja

Nein

Seit wann und wie viele?

Wurden diese Amalganfüllungen entfernt?

Ja

Nein

Wenn Ja, wurde eine Quecksilberausleitung vorgenommen?

Wenn ja, welche Mittel wurden Ihnen verordnet?

## Angaben zu Ihrer Pubertät und der Periode

**Bitte ausfüllen, auch dann, wenn Sie Ihre Periode nicht mehr haben!**

In welchem Alter hatten Sie Ihre erste Regelblutung?

Hatten oder haben Sie regelmäßig Menstruationskrämpfe?

Ja

Nein

Wenn ja, wie empfinden Sie die Beschwerden? Welcher Art ist der Schmerz?

Wie stark sind/waren diese?

Skala zwischen 1 (mäßig) bis 10 (stark)

Wie lange dauern/dauerten die Krämpfe an:

Monate

Jahre

Schwangerschaft

bis heute

Hatten Sie als Jugendlicher noch andere Beschwerden wie:

Akne

Andere Hautprobleme

Asthma

Depressionen

Gewichtsprobleme

Magersucht

Migräne

Ausbleiben der Periode

Sonstiges:

Wie waren Ihre Beschwerden als erwachsene Frau!

Haben/hatten Sie eine regelmäßige Periode?

- Ja  
 Nein

Wie lange bluten Sie?

Wie lang ist Ihr Zyklus (1. Tag der Blutung bis zum Beginn der nächsten Monatsblutung)?

Wann genau war Ihre letzte Periode?

Wie ist (war) Ihr Zyklus

- Regelmäßig  
 Unregelmäßig  
 Aussetzend  
 Mit Zwischenblutungen

Wie stark sind (waren) Ihre Regelblutungen:

- Stark  
 Schwach  
 Intermettierend (setzt mitten drin aus um wieder zu beginnen)  
 Schmierblutung

Haben Sie Schmierblutungen?

- ja  
 nein  
 aktuell  
 früher

Wenn Sie Schmierblutungen haben (hatten)? Wie lange beobachten Sie diese?

Leiden (litten) Sie vor der Periode unter:

- Stimmungsschwankungen
- Reizbarkeit
- Putz Wut
- Heißhunger
- Brustspannungen
- Brustschwellung
- Unreiner Haut
- Akne

Leiden (litten) Sie während der Periode unter:

- Menstruationskrämpfen
- Kopfschmerzen, Migräne
- Verspannungen
- Schwindelgefühle
- Leiden Sie unter sogenannter Endometriose
- tagelangen Regelkrämpfen
- Stimmungsschwankungen

## Hormone und Verhütung

Nehmen Sie zurzeit irgendwelche Hormone ein?

- Ja
- Nein

Wenn ja, seit wann und wie heißt das Präparat?

Welche Hormone haben Sie im Laufe Ihres Lebens bisher eingenommen? (bitte berücksichtigen Sie u.a. auch Insulin, Cortison, Schilddrüsenhormone und Muskelaufbaupräparate)

Waren Sie schon einmal wegen Ihrer Schilddrüse beim Arzt?

- Ja
- Nein

Wegen welchen Beschwerden?

Welche Diagnose wurde gestellt?

**Bitte legen Sie unbedingt eine Kopie der aktuellen Laborwerte Ihrer Schilddüsen bei(T3, T4 und TSH):**

Die Auswertung Ihrer Speichelanalyse kann nur mit aktuellen Schilddrüsenwerten erfolgen, diese sollten nicht älter als 6 Monate sein!

Hatten Sie schon einmal Probleme mit Ihrer Hypophyse (Hirnanhangdrüse)?

Ja

Nein

Wenn Ja, welche?

Welche Verhütungsmethode wenden Sie zurzeit an:

Antibabypille

Dreimonatsspritze

Implantiertes Hormonstäbchen

Vaginaler Hormonring

Hormonspirale

Temperaturmessung mit Mikroprozessor (z.B. Lady-comp)

Kupferspirale

Pessar

Kondome

Sonstige

Keine

Ich bin sterilisiert seit:

Nehmen (nahmen) Sie die Pille?

Ja

Nein

Wenn ja, seit wann und welchen Namen hat (hatte) das Präparat?

Gibt (Gab) es durch die Pilleneinnahme irgendwelche Veränderungen, Beschwerden, die Sie an sich beobachtet haben?

Ja

Nein

Wenn ja, welcher Art sind diese?

Haben Sie früher schon einmal eine der aufgeführten Verhütungsmethoden angewandt

Antibabypille

Dreimonatsspritze

Implantiertes Hormonstäbchen

Vaginaler Hormonring

Hormonspirale

Kupferspirale

Sonstige, welche:

Keine

## Kinder, Schwangerschaft, Geburt

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

War es problemlos schwanger zu werden?

Ja

Nein

Wenn NEIN, welcher Art waren die Probleme?

Wie alt waren Sie zum Zeitpunkt der Geburt:

Welche Probleme gab es in der Schwangerschaft?

Übelkeit, mehr als 3 Monate

Ängste

Wasseransammlungen



- Vorzeitige Wehen, wenn ja ab welcher Woche:
- Blutungen, wenn ja, ab welcher Woche:
- Übermäßige Gewichtszunahme, wenn ja wie viel:
- Bluthochdruck
- Sonstige Erkrankungen oder Schwangerschaftsrisiken:  
Sonstiges:

Wie ist die Geburt verlaufen?

Hatten Sie Probleme nach der Geburt?

- Wochenbett-Depression
- Wochenbettpsychose
- Depressionen nach Wiedereinsetzen der Monatsblutung
- Hautprobleme
- Stillprobleme
- Blutungen
- Sonstiges:

Wie lange haben Sie Ihr(e) Kind(er) gestillt?

Gab es Probleme beim Stillen? Schildern Sie diese bitte?

Welcher Art waren die Stillprobleme:

- Brustentzündung
- Kein Milcheinschuss
- Zu wenig Milch
- Versiegen der Milch
- Problem lag beim Säugling
- Sonstiges:

Haben Sie vorzeitig abgestillt?

Ja

Nein

Wenn ja, haben Sie ein Hormon zur Rückbildung benutzt?

Hatten Sie schon einmal eine Fehlgeburt?

Ja

Nein

Wenn ja, in welcher Woche und warum?

Wie alt waren Sie damals?

Hatten Sie schon einmal eine Abtreibung?

Ja

Nein

Wenn ja, in welchem Alter und wie ging es Ihnen danach psychisch??

**Bitte nur bei unerfülltem Kinderwunsch ausfüllen**

Seit wann besteht bei Ihnen ein Kinderwunsch?

Welche Untersuchungen wurden bisher gemacht?

Bitte legen Sie aktuelle Befunde bei!

SHBG, LH, FSH, Anti-Müllerhormon, Arztberichte, Ultraschalluntersuchungen

Welche Medikamente, Therapien und Eingriffe wurden bei Ihnen vorgenommen?

Haben Sie regelmäßig Temperatur gemessen und auch Buch darüber geführt?

Ja

Nein

Wurde bei Ihrem Mann ein Spermatest gemacht?

Ja

Nein

Wenn ja, mit welchem Ergebnis?

## Prämenopause - Wechseljahre

**Bitte unbedingt ausfüllen, auch wenn Sie NOCH NICHT in den Wechseljahren sind!**

Wie verläuft aktuell Ihr Zyklus? (Länge, Blutung, Farbe, Besonderheiten) bitte beschreiben!

Leiden Sie zurzeit noch unter Schmierblutungen?

Ja

Nein

Wenn ja, schildern Sie diese bitte genau! Aussehen, Farbe, Menge, Geruch, Häufigkeit und Dauer!

Haben Sie Hitzewallungen?

Ja

Nein

Wenn ja, beschreiben Sie bitte genau den Ablauf!

Starkes Schwitzen?

Ja

Nein

Wann und wo am Körper?

Depressiven Verstimmungen?

Ja

Nein

Wie äußern sie sich?

Ungeduld und Gereiztheit?

Ja

Nein

Wann und wie äußern sie sich?

Gewichtszunahme?

Ja

Nein

Seit wann und wie viele kg?

Haarausfall?

Ja

Nein

Seit wann und wie?

Häufiger Harndrang?

Ja

Nein

auch nachts?

Wie oft?

In welchem Alter waren Sie, als Sie bemerkten, dass Ihre Zyklen kürzer wurden?

Hat Ihr sexuelles Verlangen nachgelassen?

Ja

Nein

Gibt es Tage, an denen Sie mehr Lust haben als an anderen Tagen?

Ja

Nein

Leiden Sie unten trockener Scheidenschleimhaut?

Ja

Nein

Haben Sie in letzter Zeit einen Zervixabstrich (Krebstest) machen lassen?

Ja

Nein

Wenn ja, wie war der Befund?

Wurde bei Ihnen schon einmal ein Myom (gutartiger Gebärmuttertumor) festgestellt?

Ja

Nein

Wenn ja, wann?

Bitte legen Sie unbedingt Befunde bei!

Eierstockzysten?

Ja

Nein

wenn ja, wann und auf welcher Seite?

Bitte legen Sie Befunde bei!

Wurden Sie schon einmal an der Gebärmutter oder dem Muttermund operiert?

Ja

Nein

Wenn ja, wann und warum?

Bitte legen Sie Befunde bei!

Gab es Veränderungen oder Eingriffe an den Eierstöcken?

Ja

Nein

Bitte legen Sie Befunde bei!

Wurde bei Ihnen schon einmal eine Veränderung der Brust festgestellt?

Ja

Nein

Wenn ja, welcher Art und wann?

Bitte legen Sie Befunde bei!

## Psychosoziales

Treiben Sie regelmäßig Sport?

Ja

Nein

Wenn Ja, öfter als 3 x pro Woche 30 Minuten!

Ja

Nein

Sind Sie aktiver Sportler (Breitensport, Liga, Leistungssport)

Ja

Nein

Praktizieren Sie Entspannungstechniken?

Ja

Nein

Haben Sie unter Familienkonflikten zu leiden?

Ja

Nein

Wenn ja, schildern Sie diese bitte stichpunktartig!

Wie ist Ihre momentane seelische Verfassung?  
Worauf führen Sie diese zurück?

Fühlen Sie sich einsam?

Ja

Nein

Sind Sie regelmäßig „negativem“ Stress ausgesetzt?

Ja

Nein

Wenn ja, wie sieht er aus? Beschreiben Sie Ihre Situation bitte!

Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen?

Ja

Nein

Wann und wie äußern sie sich?

Sind Sie oft grundlos gereizt?

Ja

Nein

Wenn ja, wie äußert sich diese Reizbarkeit?

Sind Sie tagsüber oft sehr müde?

Ja

Nein

Wie äußert sich diese Müdigkeit?

Fühlen Sie sich oft energielos und antriebslos?

Ja

Nein

Wenn ja, wie äußert sich das?

Fühlen Sie sich oft im Alltag überfordert?

Ja

Nein

Leiden Sie unter Knochen- oder Gelenkschmerzen?

Ja

Nein

Wenn ja, welcher Art? Bitte schildern Sie Ihre Beschwerden. Wenn vorhanden, legen Sie bitte einen Befund bei!

Was gibt es zu Ihrem Schlaf zu sagen?

Wachen Sie regelmäßig auf?

Ja

Nein

Wenn ja, können Sie dann wieder einschlafen?

Ja

Nein

Schildern Sie stichpunktartig Ihre Schlafprobleme:

Wie häufig treten diese auf?

Seit wann haben Sie die Schlafprobleme?

Träumen Sie?

Ja

Nein

Manchmal

## Umweltfaktoren

Benutzen Sie regelmäßig Desinfektionsmitteln, Sprays, Schädlingsvernichtungsmitteln, Reinigungskemikalien, Klebstoffen, Lacken etc. zu tun?

Ja

Nein

Verwenden Sie:

Weichspüler

Deos mit Aluminium

Nagellack und Nagellackentferner



Rauchen Sie?

Ja

Nein

Wie sieht Ihre Elektrosmog Belastung aus?

Haben Sie Antennen in unmittelbarer Nähe Ihres Wohnortes oder Arbeitsplatzes?

Ja

Nein

Benutzen Sie ein:

DECT Telefon (schnurloses Telefon)

Handy

Bluetooth

WLAN

Sonstiges

Wie häufig fahren Sie größere Strecken mit ihrem Auto? Welchen Typ Auto fahren Sie?

Sind Sie auf Ihrem Arbeitsplatz anderen, Ihnen bekannten Schadstoffen ausgesetzt?

Ja

Nein

Wenn ja, welche?

## Ernährung

Trinken Sie regelmäßig Alkohol?

Ja

Nein

Trinken Sie ungefiltertes Leitungswasser?

Ja

Nein

Wenn nein, Filtern Sie Ihr Wasser?

(Kein Brittafilter – dieser entkalkt nur!)

Ja

Nein

Trinken Sie regelmäßig Flaschenwasser oder Saft, Limo aus Plastikflaschen?

Ja

Nein

Essen Sie regelmäßig 3 Mahlzeiten am Tag?

Ja

Nein

Liegen zwischen diesen Mahlzeiten 4-5 Stunden Zeit?

Ja

Nein

Essen Sie Fertiggerichte, Tiefkühlkost?

Ja

Nein

Ernähren Sie sich eher vollwertig? (Vollkornprodukte, Dinkel.)

Ja

Nein

Ernähren Sie sich mit überwiegend mit Produkten aus kontrolliert biologischem Anbau?

Ja

Nein

Kochen Sie alles frisch?

Ja

Nein

Sind Sie Vegetarier?

Ja

Nein

Wenn ja, seit wann?

Essen Sie Vegan?

Ja

Nein

Wenn ja, seit wann?

Bitte kreuzen Sie an, was sie regelmäßig und gerne essen! (wie oft in der Woche?):

- Pommes
- Fertiggerichte
- Fast-Food
- Fleisch
  - Schwein
  - Rind
  - Geflügel
  - Lamm
  - Fisch
- Pasta
- Brot
- Käse
- Obst
- Gemüse
- Salat

Essen Sie 5 Portionen (pro Portion ca. 150-200g) frisches Obst und frisches, rohes Gemüse am Tag?

- Ja
- Nein

Haben Sie häufig Verlagen auf Süßes und Süßigkeiten

Nehmen Sie Nahrungsergänzung ein:

- Ja
- Nein

Wenn ja, welche:

- Mineralstoffkomplexe
- Vitaminkomplexe

- Omega 3
- Coenzym Q10
- Einzelne Vitaminpräparate (nur Vit. C., nur Vit. E u.a.)
- Einzelpräparate Mineralstoffe (nur Magnesium, nur Calcium, nur Zink)
- Phytoöstrogene (Soja, Rotklee etc)
- sonstiges

Ich nehme diese Produkte:

- Regelmäßig
- Unregelmäßig
- Gar nichts

Von Welcher Firma beziehen Sie diese Produkte?

Bitte bewerten Sie untenstehende Symptome nach der subjektiven Stärke ihres Auftretens mit 1,2 oder 3

- 1 = kommt hin und wieder vor
- 2 = kommt öfter oder regelmäßig vor
- 3 = sehr häufiges, stark auftretendes Symptom

- Bindehautentzündung
- Lichtempfindlichkeit
- Augenringe
- Zu wenig Tränenflüssigkeit
- Nebenhöhlenentzündungen
- Bläschen, Herpes, Aphten
- Zahnfleischbluten
- Akne, Pickel, Furunkel
- Kloßgefühl, Druck im Hals
- Atemnot, Asthma, Kurzatmigkeit
- Kreislaufbeschwerden
- Brustspannen
- überempfindliche Brustwarzen
- Übelkeit, Brechreiz

- Magenschmerzen
- Durchfall
- Verstopfung
- Schmerzen beim Stuhlgang/ Hämorrhoiden
- Appetitlosigkeit.
- Infektanfälligkeit
- Heißhungerattacken
- Blasenschwäche, ständiger Harndrang
- Häufiges Wasserlassen
- Inkontinenz (Urintröpfeln beim Husten, Nießen u.a.)
- Blasenschmerzen
- Nierenschmerzen
- Überempfindlichkeit der Scheide
- Trockene Scheide beim Verkehr
- Schmerzen beim Verkehr
- Infektionen und Entzündungen der Scheide oder der Schamlippen
- Rückenschmerzen
- Gelenkschmerzen,
- Krämpfe in Armen oder Beinen
- Kribbeln u. Taubheitsgefühl
- Rheumatische Schmerzen
- Weichteilrheumatismus
- Osteoporose
- Ohrgeräusche, Ohrensausen
- Zittern
- Nervosität, innere Unruhe
- Ängste, Panikzustände
- Schnelles Weinen
- Depressionen
- Vergesslichkeit
- Lähmende Müdigkeit
- Schwäche
- Herzrasen. Herzstechen, Herzrhythmusstörungen.

- Herzkreislauerkrankungen, wenn ja, welche:
- Unerklärliche Gewichtsabnahme
- Unerklärliche Gewichtszunahme, wieviel im letzten Jahr ?
- Ständiges Frieren
- Immer zu warm
- Trockenes Haar
- Trockene, rissige Nägel
- Pilzerkrankung / Fußpilz
- Haarausfall
- Haare an Kinn und Oberlippe
- Schlafprobleme
- Ständige, unerklärliche Müdigkeit und Antriebsschwäche

Bitte füllen Sie den Fragebogen nach bestem Wissen und Gewissen aus und schicken mir diesen vor unserem nächsten Termin per Post zu.

Bitte denken Sie daran, das beiliegende Infoblatt „Vereinbarung“ unterschrieben mit beizufügen!

Ihre Angaben unterliegen der Schweigepflicht und werden von mir selbstverständlich streng vertraulich behandelt.

Herzlichen Dank!

**Raum für zusätzliche Anmerkungen:**