

Bahnhofplatz 6 · D - 90762 Fürth
Tel. 0911 - 50 72 01 40 · Fax 0911 - 50 72 01 31
info@cuorevita.de
info@apotheker-forum.de

Wichtige Informationen für Ihre Hormonberatung / Frau

Sehr geehrte Kundin,

Unser Hormonsystem hat einen großen Einfluss auf unser Wohlbefinden, das Aussehen und die Gesundheit des menschlichen Körpers. Grundvoraussetzung für die Erhaltung von Gesundheit und Energie ist es, die natürlichen vom Körper selbsthergestellten Hormone in einer natürlichen Balance zu halten. Dysbalancen lassen sich nur durch gezielte Hormontests erkennen und beheben.

Um einen möglichst umfassenden Einblick in Ihre aktuelle Situation zu erhalten, ist für die Hormonberatung das Ausfüllen des Zusatzfragebogens für uns sehr wichtig. Über manche Fragen mögen Sie sich vielleicht wundern oder peinlich berührt sein. Sie müssen nicht jede Frage beantworten. Zusätzliche Informationen können Sie gerne auf einem Beiblatt hinzufügen.

Ablauf:

1. Fragebogen ausfüllen
2. Unterschreiben
3. Per e-Mail (info@cuorevita.de), Fax (0911-50720131) oder per Post an die Adresse der Apotheke im Forum zuschicken.
4. Sie erhalten von uns die Rechnung. Die Zahlung erfolgt per Bankeinzug oder Überweisung im Voraus.
5. Wir übermitteln Ihnen die Laborempfehlung und lassen Ihnen das Speichel-Testkit zusenden, das sie zuhause selbstständig durchführen können.
6. Sie erhalten das Testergebnis vom Labor, das Sie bitte an uns weiterleiten.
7. Auswertung des Laborbefundes und des Fragebogens, Konzepterstellung durch uns.
8. Gemeinsame Konzeptbesprechung

Die Kosten für die ganzheitliche Gesundheitsberatung von cuorevita®Hormon-woman betragen mit Laborempfehlung, persönlicher Konzeptbesprechung und Betreuung, inklusive individueller Anpassung der Rezeptur 110,- Euro inkl. 19% MwSt. Ihre bevorzugte Zahlungsweise können Sie auf Seite 3 des Fragebogens auswählen. Zusätzliche Kosten für die Laboranalyse werden vom Labor gesondert berechnet. Sie erhalten die Rechnung direkt vom Labor. Ebenso sind die Produktempfehlungen nicht im Beratungspreis enthalten. Alle Fragen zu Ablauf und Kosten der Laboruntersuchungen klären wir gern mit Ihnen im persönlichen Gespräch.

Wir begleiten Sie drei Monate lang mit Beratung, Dosierungsanpassungen und veränderter Präparateempfehlung je nach Stoffwechselverbesserung. Nach Ablauf der drei Monate erhalten Sie von uns eine Erinnerungsmail um das weitere Vorgehen zu besprechen und noch offene Fragen zu klären.

Felder, die mit einem Sternchen () markiert sind, müssen ausgefüllt werden.*

Hinweis auf Datenschutz: Die Daten werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschließlich zur Ermittlung Ihres persönlichen Hormongleichgewichts. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Persönliche Daten

Anrede*	<input type="text"/>
Vorname*	<input type="text"/>
Nachname*	<input type="text"/>
Strasse, Hausnr.*	<input type="text"/>
Postleitzahl*	<input type="text"/>
Ort*	<input type="text"/>
Land*	<input type="text"/>
E-Mail Adresse*	<input type="text"/>
Telefon/Mobil*	<input type="text"/>
Geburtsdatum*	<input type="text"/>
Beruf	<input type="text"/>
Größe (in cm)	<input type="text"/>
Gewicht (in kg)	<input type="text"/>
Beste Erreichbarkeit für Rückfragen	
Wann?	<input type="checkbox"/> Vormittags <input type="checkbox"/> Nachmittags <input type="checkbox"/> Abends
Wie?	<input type="checkbox"/> E-Mail <input type="checkbox"/> Telefon/Mobil

Zahlungsweise

Ich bezahle die Beratungsgebühr in Höhe von 110,- €*

per Lastschrift

per Überweisung (Vorauskasse)

Bezahlung per Lastschrift

Name*

Kontonummer*

Bankleitzahl* /
IBAN*

Unsere Bankverbindung

Dt. Apotheker- und Ärztebank
BLZ 300 606 01
Kontonr. 200 2681 889

Für Auslandsüberweisungen:
IBAN DE84 3006 0601 2002681 889
BIC (Swift Code) DAAEDED

Ich habe die AGB gelesen und akzeptiert*
(AGB finden Sie auf <http://www.apotheke-forum.de/agb>)

Ja

Hormonanalyse für Frauen

Wegen welcher Beschwerden, Fragen, Probleme suchen Sie unseren Rat?

(Bereiche im Fragebogen, die für Sie nicht zutreffen, einfach übergehen.)

Persönliche Geschichte:

- Welche **Medikamente** müssen Sie öfter oder regelmäßig einnehmen?

- Haben Sie bereits **Psychopharmaka** eingenommen?

- Waren Sie schon einmal wegen der **Schilddrüse** beim Arzt? Ja / nein

- Welche Diagnose wurde gestellt?

(Bitte wenn möglich Kopie vom Testbericht beilegen)

- Welche **Impfungen** haben Sie **im vergangenen Jahr** erhalten?
(Grippe, Reiseschutz, Zecken, sonstiges?)

Welche **Impfungen** haben Sie **davor** in den letzten 10 Jahren bekommen?

- Fanden **Operation** in den letzten Jahren statt?

- Gab es auffällige Beschwerden in der Zeit nach dem Eingriff?

- Wie viele **Antibiotika** – Behandlungen hatten Sie in der Vergangenheit?

- Welche Zahnbehandlungen hatten Sie in den vergangenen Jahren?

Wie viele **Amalgam**-Füllungen haben Sie (ungefähr) noch im Mund?

- Welche Form der Entgiftung haben Sie durchgeführt?

- Mit welchen **Krankheiten** haben Sie in den vergangenen Jahren zu kämpfen gehabt?

- Wie empfinden Sie sich gegenüber **Infektionskrankheiten**? Als anfällig robust

- Welches Körperteil würden Sie als Ihre **persönliche Schwachstelle** bezeichnen?

- Gab es in Ihrem Leben eine **Krebsdiagnose**? In welchem Organ?

- Auffällige **Knochendichte**-Werte?

- **Autoimmunkrankheiten**?

Thema Kinder:

- Wie viele **Kinder** haben Sie geboren? Sind **Zwillinge** dabei?

Davon wie viele **Frühgeburten**? / Wochen vor Termin

- Wie viele **Einleitungen**? Wie viele **Kaiserschnitte**?

- Wie viele **Abtreibungen**? in Schw. – Woche ?

Auf welche Art?

- Wie viele **Abgänge**? in Schw. – Woche ?

- Wie alt waren Sie bei der Geburt (beim Abgang) Ihrer Kinder?

(wenn möglich auch die nicht ausgetragenen Kinder dabei nennen)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

In welcher Schwangerschaft hatten Sie Probleme?

(Ü=Übel, Ä=Ängste, D=Diabetes,)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Nach welcher Geburt hatten Sie Wochenbett-Depressionen?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

- Wie viele Monate haben Sie Ihre Kinder voll / teilweise **gestillt**? z.B. (voll=) 5 / 2 (=teil)
Wenn sie überhaupt nicht voll, sondern nur 3 Monate teilweise gestillt haben: z.B. 0 / 3

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Unerfüllter Kinderwunsch?

- Seit wann bemühen Sie sich um ein Kind? Monate Jahre

- Welche Untersuchungen wurden gemacht?

- Medikamente?

- Eingriffe?

- Haben Sie Temperaturkurven geführt? (Bitte Kopien mitschicken!)

- Wurde die Schilddrüse untersucht? Testberichte?

- Wurde ein Sperma -Test bei Ihrem Mann gemacht? Ergebnis

Kennen Sie die Bedeutung von Estriol und Progesteron für die Schwangerschaft?

Thema Hormone:

- Welche Hormone werden z.Z. eingenommen? (seit wann?)

- Welche Hormone wurden früher eingenommen? (von – bis / od. ca. wie lange?)

(bitte auch an Insulin, Cortison, Schilddrüsenhormone usw. denken!)

- Haben Sie jemals Muskelaufbau- oder Fitness-Präparate genommen?

- Haben Sie jemals eine **Spirale** getragen? Wie lange?

- Handelte es sich um eine mit Hormonen beschichtete Spirale (Mirena)?

- Ich trage seit die implantierten **Hormonstäbchen**

- Ich benutze seit den **Hormonring** in der Vagina

- Über welche möglichen Nebenwirkungen klärte mich mein Arzt bei meiner gewählten Empfängnisregelung auf?

Thema Umwelt:

Benutzten Sie in den letzten 2 Jahren **oft**:

- **Pilzsprays** (Pflanzen, Badezimmer, Schlafzimmer, Schwimmbad - Füße)?
Wenn ja, welche?
- Schädlingsvernichtungsmittel gegen Läuse, Ameisen oder andere Pflanzenschutzmittel?
Welche?
- **Desinfektionsmittel** (in Handseife, Spülseife, Waschlotionen, Reinigungsmitteln...)
Welche?
- Haben Sie im **Beruf** regelmäßig zu tun mit Desinfektionsmittel Sprays
Schädlingsvernichtung Reinigungschemikalien Klebstoffe Lacke
Abbeize (Außen-) Farben Druckertinte Folien Plastik Verbrennung
sonstiges
- Wohnen Sie in der Nähe von einem Funkmasten?
- Haben Sie in den vergangenen 2 Jahren neue Möbel oder Fußbodenbeläge erhalten?
Welche Art?
- Verwenden Sie **Weichspüler**?
- Benutzen Sie des öfteren **Nagellack** und Nagellackentferner?
- Welche **Hautcremes** benutzen Sie?
- Welche **Gesichtsseife, Körperseife, Kosmetika** benutzen Sie?
- Wie viele **Zigaretten** pro Tag rauchen Sie? Raucht Ihr Partner im Haus?
- Welche **Zahnpasta** verwenden Sie?
- Welches **Deo** verwenden Sie?
- Wie oft tönen oder färben Sie sich im Jahr die **Haare**?

Thema Pubertät und danach:

- Wie alt waren Sie, als Sie das erste Mal Ihre Regelblutung bekamen?
- Wie oft hatten Sie **Menstruationskrämpfe**? Manchmal oft jedes Mal
- Wie lange dauerten diese? Stunden, Tage
- Wie halfen Sie sich dabei?
- Welche anderen Symptome hatten Sie als Teenager des Öfteren zu spüren bekommen?
(z.B. Akne, Verdauungsbeschwerden, andere Hautprobleme, Asthma)
- Was haben Sie damals dagegen unternommen?
- Wie wurde in frühen Jahren (bis 20) **verhütet**?
- Hatten Sie damals mit **Gewichtsproblemen** zu kämpfen? Übergewicht / Untergewicht
- Hatten Sie jemals mit **Bulimie** zu kämpfen? nein / ja über Monate,
 Jahre
- Waren Sie zeitweise von **Magersucht** betroffen? wie lange
- Können Sie aus heutiger Sicht einschätzen wo die Ursachen dazu lagen?
- Welche **Diäten** haben Sie versucht?
- Gab es auffällige Symptome in Ihren Lebensjahren zwischen 20 – 30?

Thema soziales Umfeld und Vergangenheit:

- Hatten Sie als junger Mensch unter vielen **Familienkonflikten** zu leiden?
- Haben Sie zur Zeit eine **Partnerbeziehung**?
- Empfinden Sie diese als: gut, vertrauensvoll durchschnittlich viele Konflikte
ausweglos die reinste Hölle
- Würde Ihnen aus Ihrer Sicht momentan eine **Konflikthilfe** gut tun?
- Wie oft mußten Sie bisher durch die Erfahrung der **Partnerschaftstrennung**?
- Hatten Sie in jüngster Vergangenheit schreckliche Erfahrungen zu verarbeiten?
- Haben Sie zu Hause die Möglichkeit sich zurückzuziehen?
- Haben Sie eine **Gruppe** Hauskreis Gemeinde wo Sie sich getragen wissen?
- Auf wie viele **Freunde**, Menschen können Sie sich vermutlich in Not verlassen?

Thema Verhütung / Prämenopause / Wechseljahre:

- Welche **Verhütungsmethode** wenden Sie z.Z. an? seit :
- Sind Sie von **Endometriose** (tagelange Regelkrämpfe) betroffen?
- Wie viele Tage hat Ihr durchschnittlicher **Zyklus** (nicht nur Blutung!)? Tage
- Kommen Ihre Zyklen noch regelmäßig?
- **Frieren** Sie leicht?
- Können Sie ohne weiteres Rollkragenpullis tragen?
- Haben Sie spürbar **trockene Haut**? Wo besonders?
- Macht Ihnen Sex im Gegensatz zu früher weniger Spaß?
- An welchen Zyklustagen fällt Ihnen **Sex** am leichtesten?
- An welchen am Schwersten? An Zyklustagen selten immer
- Mein **Blutdruck** ist im Allgemeinen zu hoch zu niedrig
- Wurden beim Zervixabstrich (**Krebstest**) unnormale Werte festgestellt? mal Wert
- Wie oft waren Sie insgesamt bei der **Mammographie**? ca. mal
- Wurde jemals bei Ihnen schon ein **Myom** festgestellt?
- Hatten, haben Sie **Zysten**? Wo?
- Haben Sie noch Ihre **Gebärmutter**?
- Haben Sie noch den rechten und linken **Eierstock**?
- Haben Sie mit **Hitzewallungen** zu kämpfen?
- Wie alt waren Sie als Ihre **Zyklen kürzer** wurden? Jahre
- Wie alt waren Sie als das erste Mal die **Regel aussetzte**? Jahre
- Wie alt waren Sie als die Regel das **letzte Mal** eintraf? Jahre
- Haben Sie manchmal das Gefühl, dass die **Blasenmuskeln** nicht 100% schließen?
- Praktizieren Sie **Beckenbodengymnastik**? Wie lange pro Tag? Min.

Thema Nahrung:

- Was beinhaltet Ihr typisches **Frühstück**?

- Wie viele Tassen / Liter **trinken** Sie pro Tag?

- Wie viele Tassen/Gläser davon sind Kaffee Schwarzer Tee Cola/Limo

- Bier Wein Wasser Saft Milch Kräutertee

sonst.

- Wann essen Sie mittags? regelmäßig / unregelmäßig

- Schnellimbiss Selbst kochen Kantine Brote Früchte Salat

- Ernähren Sie sich **vegetarisch**?

Wie oft pro Wo. Fisch Fleisch Ei

- Haben Sie am Vormittag eine regelmäßige Zwischenmahlzeit? Was?

- Haben Sie des öfteren Heißhunger auf Süßes?

- Welche zuckerhaltige Köstlichkeit essen Sie am liebsten?

- Was essen Sie sonst am Nachmittag?

- Ich esse mit: großem / wenig Appetit, hastig mit Genuss dankbar

- Was gehört zu Ihrem typischen **Abendessen**?

- Wann essen Sie abends: ca. Uhr

- Was essen Sie zwischen Abendessen und dem Zubettgehen?

- Wie viele Esslöffel kalt gepresstes **Öl** p.Tag haben Sie in Ihrer täglichen Nahrung? El

- Welche **Vitamine** ergänzen Sie pro Tag durch Tabl.? Stück

- Welche **Mineral -Tabletten** nehmen Sie pro Tag? Stück

Welche sonstigen **Nahrungsergänzungen** nehmen Sie zu sich? Soja Rotklee
Nachtkerzenöl Johanniskraut Knoblauch Meeresalgen sonstiges

Thema Belastung:

- Welche **berufliche Tätigkeit** haben Sie? Arbeiten Sie in Schicht?

- Sind Sie z.Z. für die **Pflege** von Angehörigen verantwortlich?

- Wie empfinden Sie Ihre momentane **seelische** Belastung?

Als angemessen, akzeptabel zu wenig zu viel viel zuviel

- Wie empfinden Sie Ihre momentane **körperliche** Belastung

Als angemessen, akzeptabel zu wenig zu viel viel zuviel

- Wie empfinden Sie Ihre momentane **nervliche** Belastung

Als angemessen, akzeptabel zu wenig zu viel viel zuviel

- Wie empfinden Sie Ihre momentane **berufliche** Belastung

Als angemessen, akzeptabel zu wenig zu viel viel zuviel

- Haben Sie z.Z. **Sorgen**, um die sich Ihre Gedanken Tag und Nacht kreisen?

- Welche Arten der **Entspannungsmöglichkeiten** nutzen Sie?

wöchentlich mal je ca. Minuten

- Welche Art von **Fitness** oder **Bewegung** praktizieren Sie regelmäßig?

Wie oft in der Woche? mal Wie lange? Je Minuten

- Wie oft in der Woche gönnen Sie sich einen **Mittagschlaf**? mal

- Mit was machen Sie sich hin und wieder eine **Freude**?

- Wann ist Ihre durchschnittliche **Bettgehzeit**? Uhr

- Können Sie gut **einschlafen**? Durchschlafen?

- Wie viele Stunden schlafen Sie durchschnittlich pro Nacht? Stunden

- Wann wachen Sie an Werktagen auf? ca. Uhr

- Stehen Sie zur Zeit gerne auf? Ja / na ja / nein

- Welche ehrenamtlichen Tätigkeiten haben Sie?

- Was würden Sie aus Ihrem Leben herausnehmen/ ändern wenn Sie könnten?

- Was ich sonst noch sagen wollte