

ERSTANAMNESE HORMONE **MANN**

(Name) (Vorname) (Geburtsdatum)

Körperschema (aus Arztsicht)

Vorbehandlung? Hormone: Welche? Und wie lange?

Psychopharmaka? Welche? Und wie lange?



Anamnese

- Leberbelastung
- Hitzewallungen
- Schmerzen (Gelenke, Wirbelsäule)
- Harnwegsinfektionen
- Haarausfall
- Depression
- Stimmungsschwankungen
- Migräne
- Libidoverlust
- ED
- Kinderwunsch

Urologische Kontrolle – wann zuletzt? Erläuterungen

- DD: human-identische Hormone vs synthetische Hormonderivate
- DD: individuelle Dosierung vs standard Dosierung
- DD: Kapsel (oral) vs Crème (transdermal)

Labor

- Sexualhormone
- Schilddrüsenprofil
- Checkup (43 Parameter) (=Individualprofil2 IPO2)
- Eisenprofil
- Neurotransmitter
- Cortisol-Tagesprofil (Sp) (=> Streß/AF? => Nebenniere, Progesteron => Cortisol)
- Stuhlflora-Analyse
- SPENGLERSAN
-

Untersuchungen

- HRV (Streß, Herzinfarktgefahr, Dysregulation Vegetatives Nervensystem => Sexualhormone v.a. Progesteron)
- Handdruckkraft-Messung (=> Testosteron)
- Body-Impedanz-Messung BIA (=> Verteilung von Fett, Muskeln, Wasser; abhängig u.a. von Sex Hormonen)
- Hautelastizitäts-Messung (Hautalter, abhängig u.a. von Sex-Hormonen Östrogen + Progesteron) => Vitamine => Orthomolekulare Medizin => AF/burnout (Eigener Bogen)

Hormon- Schema

- Standard Hormone MISCHKAPSEL (OHNE PAUSE) durchnehmen
- M: MORGEN-Kapsel und A: ABEND-Kapsel
- Zusatzkapsel Prg Z-P
- Zusatzkapsel Östr Z-Ö
- Progesteron (wie Schmerzmittel)

Apotheke (auf Wunsch Patient-in)

Mögliche unerwünschte Wirkungen

- Brustspannen
- Pseudo-Schilddrüsen-Überfunktion

Einnahme Verordnung Beginn

- sofort
- nach BB
- nach Rücksprache

Praxisleitfaden erhalten ja/nein (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Datum		
Progesteron In mg		
Östradiol In mg		
Vit D (25OH) Cholekalziferol		
Zn ZinkGlukonat 35 mg		
Ku KupferGlukonat 0,05 mg		
Anzahl Kapseln/Monate		

Hiermit bestätige ich, dass ich die o.g. Informationen gelesen und verstanden habe. Ich beauftrage die Praxis, für mich ein individuelles Hormonrezept zu erstellen und an eine zertifizierte Apotheke weiter zu leiten.

Ort Datum Unterschrift.....