



Menopausenzentrum-Ruhr

Hier erhalten Sie Ihre individuelle Therapie für einen
ganz besonderen Lebensabschnitt

Seit vielen Jahren liegt ein Schwerpunkt unserer Praxis in der Behandlung
von Hormonstörungen.

Durch zahlreiche Fortbildungen und mit unserer langjährigen Erfahrung
und Kompetenz haben Frau Ivekovic und ich mittlerweile eine große
Expertise auf diesem Gebiet entwickelt.

In unserem eigenen Hormonlabor können wir Ihren Hormonstatus
bestimmen und Ihre individuelle Therapie unter Berücksichtigung Ihrer
gesundheitlichen Situation in diesem ganz besonderen Lebensabschnitt
festlegen!

Auch alternative Behandlungsmethoden, Ernährungsberatung inkl. einer
adaptierten Sportberatung runden unser ganzheitliches Konzept ab.

Die Sprechstunde findet an folgenden Tagen statt:

Mittwochs von 16 - 17 Uhr mit Christine Bülow

Montags von 11 - 12 Uhr mit Carolin Ivekovic

Herzlichst, Ihre

Christine Bülow



Anamnesebogen Menopausenzentrum - Ruhr

Name, Vorname: _____

A. Stärke der Beschwerden

Ich leide unter:	keine	leicht	mittel	stark
Hitzewallungen, Schwitzen (Aufsteigende Hitze, Schweißausbrüche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden (Herzklopfen, Herzasen, Herzstolpern, Herzbeklemmungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen (Einschlaf-, Durchschlafprobleme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelenk- und Muskel-Beschwerden (Gelenkschmerzen, Rheuma-ähnliche Beschwerden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressive Verstimmungen (Mutlosigkeit, Traurigkeit, Weinerlichkeit, Antriebslosigkeit, Stimmungsschwankungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Reizbarkeit (Nervosität, innere Anspannung, Aggressivität)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ängstlichkeit (innere Unruhe, Panik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperliche o. geistige Erschöpfung (Minderung der Leistungsfähigkeit, der Gedächtnisleistung, Konzentrationschwäche, Vergesslichkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sexualprobleme (Veränderung des sexuellen Verlangens, der sexuellen Betätigung und Befriedigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harnwegsbeschwerden (Beschwerden beim Wasserlassen, häufiger Harndrang, unwillkürlicher Harnabgang, Harnwegsinfektionen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trockenheit der Scheide (Trockenheitsgefühl oder Brennen der Scheide, Beschwerden beim Geschlechtsverkehr)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brustspannen/-schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Folgende Erkrankungen sind/waren bei mir bekannt:

Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit (Diabetes mellitus)	<input type="checkbox"/>
Erhöhte Fettwerte (Triglyzeride, Cholesterin)	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>
Migräne	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>
Bildung eines Blutgerinnsels (Thrombose, Embolie)	<input type="checkbox"/>
Brustkrebs	<input type="checkbox"/>
Gebärmutterkrebs	<input type="checkbox"/>
Andere Krebserkrankungen Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>

C. Welche der folgenden Erkrankungen sind in Ihrer Familie aufgetreten?

Brustkrebs	<input type="checkbox"/>
Osteoporose	<input type="checkbox"/>
Eierstockkrebs	<input type="checkbox"/>

D. Zu den Lebensumständen

	ja	nein
Rauchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sport	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich gehe regelmäßig zur Vorsorge-Untersuchung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



So machen Sie einen persönlichen Termin mit mir:

Da ich mich, sobald Sie den Anamnesebogen ausgefüllt haben und mir eventuell schon weitere Unterlagen zugeschickt haben, bereits mit Ihrer Lebenssituation beschäftige, wird eine erste Gebühr bereits vor dem Erstgespräch erhoben.

Bitte haben Sie Verständnis, dass wir daher bei einer Terminabsage 48 Stunden vorher 50% der Kosten einbehalten und bei einer Absage später als 24 Stunden vor dem Termin 100% der Kosten einbehalten.

- 1) Teilen Sie mir Ihren Wunschtermin telefonisch unter 0234 9788744 mit.
- 2) Zahlen Sie bitte bis zwei Tage vor Ihrem Wunschtermin die Reservierungsgebühr i.H.v. 50 € per Paypal an info@gyn-ruhr.de (Gesamtkosten bis zu 450 €).
- 3) Senden Sie den ausgefüllten Anamnesebogen bis spätestens zwei Tage vor Ihrem Termin per E-Mail an menopause@gyn-ruhr.de zurück.

Terminvereinbarung: _____

Bitte planen Sie dafür _____ Minuten ein.

Ihr Praxisteam