

## Fragebogen

zum Seminar

“Hormonyoga-Therapie für Frauen in den Wechseljahren”

Name ..... Telefon.....

Adresse ..... Ort.....

Land ..... Postleitzahl ..... E-mail .....

Sind Sie Yogalehrerin?..... Alter .....

**Gesundheitszustand** – Wenn die Antwort ja ist, kreuzen Sie bitte an [ x ]

|                                     |     |                                 |     |
|-------------------------------------|-----|---------------------------------|-----|
| Menopause .....                     | [ ] | Bluthochdruck.....              | [ ] |
| Prämenopause .....                  | [ ] | Osteopenie.....                 | [ ] |
| Vorzeitige Menopause .....          | [ ] | Osteoporose.....                | [ ] |
| Postmenopause .....                 | [ ] | Erhöhter Cholesterinwert.....   | [ ] |
| Hysterektomie .....                 | [ ] | Schilddrüsen-Unterfunktion..... | [ ] |
| Eierstöcke noch vorhanden? .....    | [ ] | Schilddrüsen-Überfunktion.....  | [ ] |
| Übermäßige Blutungen .....          | [ ] | Arthritis.....                  | [ ] |
| Polyzystisches Ovarialsyndrom ..... | [ ] | Sehnenentzündung.....           | [ ] |
| Myom .....                          | [ ] | Schnupfen.....                  | [ ] |
| Unfruchtbarkeit .....               | [ ] | Nackenbeschwerden.....          | [ ] |
| Prämenstruelles Syndrom.....        | [ ] | Buckel.....                     | [ ] |
| Brustkrebs.....                     | [ ] | Hohlkreuz.....                  | [ ] |
| Endometriose.....                   | [ ] | Skoliose.....                   | [ ] |
| Diabetes.....                       | [ ] | Hormonmangel.....               | [ ] |

**Symptome** (Bewerten Sie die Intensität mit 0, 1, 2 oder 3)

|  |     |                                   |     |
|--|-----|-----------------------------------|-----|
| Hitzewellen.....                       | [ ] | Migräne.....                      | [ ] |
| Trockenheit der Scheide.....           | [ ] | Panik.....                        | [ ] |
| Scheidenjucken.....                    | [ ] | Kopfschmerzen.....                | [ ] |
| Vermindertes sexuelles Verlangen.....  | [ ] | Gelenkschmerzen.....              | [ ] |
| Reizbarkeit.....                       | [ ] | Hautjucken.....                   | [ ] |
| Emotionale Instabilität.....           | [ ] | Schlafstörungen.....              | [ ] |
| Unruhe.....                            | [ ] | Schwacher Geruchssinn.....        | [ ] |
| Beklemmung.....                        | [ ] | Gedächtnisschwäche.....           | [ ] |
| Herzklopfen.....                       | [ ] | Haarausfall.....                  | [ ] |
| Mattigkeit.....                        | [ ] | Trockene Haut.....                | [ ] |
| Lustlosigkeit.....                     | [ ] | Brüchige Nägel.....               | [ ] |
| Depression.....                        | [ ] | Verlangsamtes Denken.....         | [ ] |
| Prämenstruelles Syndrom.....           | [ ] |                                   |     |
| Östradiolwert.....                     | [ ] | Progesteron.....                  | [ ] |
| FSH (Follikelstimulierendes Hormon)... | [ ] | LH (Luteinisierendes Hormon)..... | [ ] |

*Diese Auskünfte sind ausschließlich für Forschungszwecke bestimmt und werden anonymisiert ausgewertet. Nach einem Übungsmonat soll der Fragebogen neu ausgefüllt werden. Nach drei Monaten soll zwecks Bewertung der Ergebnisse der Östradiolwert des Blutes neu gemessen und das Ergebnis eingesandt werden.*

**Dinah Rodrigues** ... email [yogaterapiahormonal@dinahrodrigues.com.br](mailto:yogaterapiahormonal@dinahrodrigues.com.br) oder [aldin@osite.com.br](mailto:aldin@osite.com.br)  
Adresse: Rua Antonio Appel Neto, 209 São Paulo, Brazil - Cep 05652-020