

# Anmeldeformular für Hormon Yoga

Für eine verbindliche Anmeldung füllen Sie bitte dieses Formular aus und senden es per  
Post an: Monika Bernigau Am Forst  
26197 Huntlosen

**Hiermit melde ich mich verbindlich an für das Seminar/ den Kurs :**

Seminar-/Kursbezeichnung : Hormon Yoga

Seminar-/Kursort : .....

Datum: .....

Vorname, Name : .....

geboren am : .....

Strasse: .....

Ort : .....

Telefon: .....

e-mail : .....

Die Teilnahme am Kurs / Seminar erfolgt in eigener Verantwortung.  
Für verursachte Schäden ist jede Teilnehmerin selbst verantwortlich und  
stellt die Seminarleiterin von allen Haftungsansprüchen frei.

Ich bezahle bar bei Seminar-/Kursbeginn

Ich überweise die Seminargebühr auf das Konto von Monika Bernigau  
IBAN DE 77 360 100 430 3951 22430

Leider kommt es immer wieder vor, dass Seminare von Teilnehmerinnen sehr kurzfristig abgesagt werden. Da ich nur mit kleinen Gruppen arbeite habe ich nun diese Vereinbarung hinzugefügt:

Stornierungen sind bis 10 Tage vor dem Seminar kostenfrei, bis 3 Tage vor dem jeweiligen Termin werden 50% der Kosten erhoben. Erfolgt die Stornierung später, ist der volle Betrag zu entrichten.

---

**Ort**

**Datum**

**Unterschrift**

# Fragebogen

Name \_\_\_\_\_ geboren am : \_\_\_\_\_

Wie häufig haben Sie in den letzten 4 Wochen Hormon Yoga praktiziert \_\_\_\_\_  
(nur ausfüllen als Vergleich nachdem schon längere Zeit praktiziert wurde)

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Menopause                                  | <input type="checkbox"/> Hypertonie (Bluthochdruck)             |
| <input type="checkbox"/> Vorstufe Menopause                         | <input type="checkbox"/> Hypotonie (niedriger Blutdruck)        |
| <input type="checkbox"/> Verfrühte Menopause                        | <input type="checkbox"/> Osteopenie (Vorstufe zur Osteoporose)  |
| <input type="checkbox"/> Stadium nach der Menopause                 | <input type="checkbox"/> Osteoporose                            |
| <input type="checkbox"/> Hormonmangel                               | <input type="checkbox"/> Hoher Cholesterinspiegel               |
| <input type="checkbox"/> Hysterektomie (Entfernung der Gebärmutter) | <input type="checkbox"/> Unterfunktion der Schilddrüse          |
| <input type="checkbox"/> Haben Sie noch Eierstöcke ?                | <input type="checkbox"/> Überfunktion der Schilddrüse           |
| <input type="checkbox"/> Starke Blutung                             | <input type="checkbox"/> Arthritis                              |
| <input type="checkbox"/> Unregelmäßige Blutung                      | <input type="checkbox"/> Sehnenentzündung                       |
| <input type="checkbox"/> Zwischenblutung                            | <input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall                    |
| <input type="checkbox"/> Zystenbildungen in den Eierstöcken         | <input type="checkbox"/> Rundrücken                             |
| <input type="checkbox"/> Myome                                      | <input type="checkbox"/> Hohlkreuz                              |
| <input type="checkbox"/> Endometriose                               | <input type="checkbox"/> Skoliose                               |
| <input type="checkbox"/> Unfruchtbarkeit                            | <input type="checkbox"/> Operationen (in den letzten 6 Monaten) |
| <input type="checkbox"/> Prämenstruelles Syndrom PMS                | <input type="checkbox"/> Autoimmunerkrankungen                  |
| <input type="checkbox"/> Brustkrebs                                 |   |
| <input type="checkbox"/> Diabetes                                   |   |

Im zutreffenden Fall bitte ein: x

Andere Erkrankungen :

---

---

---

Nehmen Sie Medikamente ein? Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

---

---

Nehmen Sie künstliche oder natürliche Hormone ein (Hormonersatztherapie) ?

Wenn ja, welche, seit wann und in welchem Umfang ?

Hat sich seit der Einnahme etwas verändert und wenn

ja, welche Symptome haben sich verbessert oder verschlechtert?

---

---

---

## Symptome

Bewerten Sie die Intensität mit 0 (gar nicht), 1, 2, oder 3 (stark)

0-1-2-3 Hitzewellen 0-1-2-3 Herzklopfen 0-1-2-3 Herzrasen 0-1-2-3 Migräne 0-1-2-3 Panikattacken 0-1-2-3 Mattigkeit 0-1-2-3 Verlangsamtes Denken 0-1-2-3 Vergesslichkeit 0-1-2-3 Angstzustände 0-1-2-3 Kopfschmerzen 0-1-2-3 Lustlosigkeit 0-1-2-3 Nachlassende Libido 0-1-2-3 Schlafstörungen 0-1-2-3 Schlaflosigkeit 0-1-2-3 Depressionen 0-1-2-3 Prämenstruelles Syndrom 0-1-2-3 Emotionale Instabilität 0-1-2-3 Beklemmung 0-1-2-3 Schwacher Geruchssinn 0-1-2-3 Unruhe 0-1-2-3 fettige unreine Haut 0-1-2-3 trockene Haut 0-1-2-3 Hautjucken	0-1-2-3 Schwindelgefühle 0-1-2-3 Haarausfall 0-1-2-3 Brüchige Nägel 0-1-2-3 Nachtschweiß 0-1-2-3 Häufige Erkältungen 0-1-2-3 Gelenkschmerzen 0-1-2-3 schmerzhafte Krampfadern 0-1-2-3 Antriebslosigkeit 0-1-2-3 schnelle Erschöpfung 0-1-2-3 Reizbarkeit 0-1-2-3 Streitlust 0-1-2-3 häufige Müdigkeit 0-1-2-3 Heißhunger auf Süßes 0-1-2-3 Verstopfung 0-1-2-3 häufiger Harndrang 0-1-2-3 Übergewicht 0-1-2-3 Zunahme an Bauchfett 0-1-2-3 Passivität/Lethargie 0-1-2-3 Bedürfnis nach Rückzug 0-1-2-3 geringes Selbstvertrauen 0-1-2-3 weniger Gelassenheit 0-1-2-3 Stimmungsschwankungen 0-1-2-3 Mutlosigkeit 0-1-2-3 Schmerzen in der Zyklusmitte
--	---

### Hormonstatus :

am 12.-15. Zyklustag (um den Eisprung herum) Blutuntersuchung durchführen lassen.  
 Nach der Wechseljahren können Sie den Termin der Blutuntersuchung beliebig auswählen.

- FSH (Follikelstimulierendes Hormon) \_\_\_\_\_
- LH (Luteinisierendes Hormon) \_\_\_\_\_
- Östradiolwert \_\_\_\_\_

( Falls bekannt: Progesteron \_\_\_\_\_ Testosteron \_\_\_\_\_ TSH \_\_\_\_\_ )

Dieser Fragebogen ist zur Bestandsaufnahme zu Beginn der Hormon-Yoga -Therapie und zur regelmäßigen monatlichen Eigenüberprüfung gedacht und wird von mir vertraulich behandelt.

Monika Bernigau Am Forst 23  
 26197 Huntlosen

04487 – 750 860  
 www.yoga-ol.de