Anamnesebogen Transsexualität

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Anamnesebogen zu Ihrem vereinbarten Termin in die Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie mit.

Vorstellungsgrund:

……

……

……

Persönliche Angaben

Mit welchem Namen möchten Sie hier bei uns angesprochen werden?

- o weiblich /**Frau…**……
- o männlich/ **Herr**……**……**

Neugewählter Vorname:

……

Personenstandsänderung

- o rechtskräftig
- o beantragt
- o nicht beantragt

Vornamensänderung

- o rechtskräftig
- o beantragt
- o nicht beantragt

Falls noch nicht rechtskräftig, neugewählter Vorname:

……

Erlernter Beruf:

……

Derzeit ausgeübter Beruf:

……

In welcher Geschlechterrolle treten Sie auf Ihrer Arbeitsstelle auf?

Weiblich männlich

In welcher Geschlechterrolle leben Sie Ihren familiären Alltag?

weiblich männlich

Anamnesebogen Transsexualität

Medizinische Informationen

Werden Sie bzgl.der Transition bereits an anderer Stelle ärztlich und psychologisch betreut? Wenn ja , wo?

.....

Erkrankungen

- o chronische Krankheiten: .....
- o Hörstörung: .....
- o Allergien:.....
- o Operationen: .....
- o Stimmstörung: .....
- o Medikamente: .....
  - Hormone: ..... seit: .....
- o Sonstiges: .....

Noxen

- o Nikotin: .....
- o Alkohol: .....
- o Sonstiges: .....

Wann haben Sie erstmals bewusst wahrgenommen, dass Sie eine Frau sind?

o in der Kindheit o in der Jugend o im Erwachsenenalter

In welchen Situationen planen Sie in Zukunft als Frau zu leben?

o Fulltime o im Beruf o in der Familie
o unter Freunden o in der Freizeit

Wie nehmen Sie aktuell Ihr Passing (Wahrnehmung Ihrer Person als Frau) wahr?

Im persönlichen Kontakt/Gegenüber) : gelingt gelingt meistens /häufig gelingt nicht

Am Telefon: gelingt gelingt meistens/ häufig gelingt nicht

Stand der stimmlichen Transition

Wann und in welchem Maße benötigen Sie Ihre Stimme?

Beruflich: gering 1-2-3-4-5 stark
Privat: gering 1-2-3-4-5 stark

Welche Vorerfahrungen haben Sie in Bezug auf Ihre Stimme?

o keine o ich singe / habe gesungen o Sprechberuf

Anamnesebogen Transsexualität

Ich hatte bereits logopädische Behandlung: von ..... bis .....

Wie zufrieden sind Sie aktuell mit Ihrer Stimme?

sehr unzufrieden 1-2-3-4-5 sehr zufrieden

Was möchten Sie an Ihrer Stimme verändern?

.....
.....
.....

Werden Sie von Ihren Gesprächspartnern am Telefon als Frau erkannt?

nie 1-2-3-4-5 immer

Wie nehmen Sie Ihre Stimme selbst am Telefon wahr?

weiblich 1-2-3-4-5 männlich

Leiden Sie unter einem oder mehreren der folgenden Symptome?

o Räusperzwang
o Druckgefühl
o Heiserkeit
o Stimmklang instabil
o Stimmklang ist brüchig
o Mund-/Rachentrockenheit
o Stimmermüdung
o Stimmklang wird zum Abend hin schlechter
o Globusgefühl
o Verschleimung
o Husten

o Sonstiges:

.....
.....
.....