

Name:

Liebe Patientin,

Wir haben seit 1.4.2012 ein neues Computersystem zu unserer Unterstützung und nehmen Ihre Daten neu auf, auch wenn Sie schon längere Zeit hier Patientin sind.

Sie helfen uns sehr, wenn Sie den Fragebogen möglichst genau vor unserem Gespräch und der Untersuchung ausfüllen.

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Angelika Lauscher und Imme Koll
Fachärztinnen für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

1.Fragen zum Zyklus:

Die erste Periode (Monatsblutung) hatte ich mit _____ Jahren.

Meine Periodenblutungen hörten ganz auf mit _____ Jahren.

Mein Zyklus ist: regelmäßig
unregelmäßig

Die Blutung kommt ca. alle _____ Tage. (Man zählt die Tage vom 1. Tag der Blutung bis zum nächsten 1. Tag der folgenden Blutung. Meistens sind es ca. 28 Tage)

Ich nehme zurzeit Hormontabletten ein

Ich nehme zurzeit die Pille ein

Bei der Periode habe ich: keine Beschwerden
Beschwerden
Wenn Beschwerden, welche:

2. Schwangerschaften:

Ich habe bereits Kinder geboren .

Die Geburten waren im Jahr:

Bitte geben Sie auch an, ob es sich um eine normale Geburt, Saugglockengeburt, Zangengeburt oder einen Kaiserschnitt handelte. Ebenso bitte das Geschlecht Ihrer Kinder und, wenn möglich, das Gewicht Ihrer Kinder bei der Geburt.

Ich hatte bereits eine/ mehrere Fehlgeburten/ Schwangerschaftsabbrüche. (bitte geben Sie auch an in welchem Jahr)

3. Allgemeinerkrankungen und regelmäßige Medikamenteneinnahme:

Ich leide unter folgenden Allgemeinerkrankungen (z.B. Bluthochdruck, Zucker, Rheuma).
Geben Sie bitte auch an, seit wann Sie erkrankt sind.

4. Medikamente:

Ich nehme folgende Medikamente regelmäßig ein:

5. Operationen:

Ich hatte bereits folgende Operationen (bitte Art der Operation und Jahr angeben)

5. Allergien:

Ich habe folgende Allergien:

Medikamente:

Gräser und Pollen :

Lebensmittel:

Anderes:

Ich besitze einen Allergiepass

6. Familiäre Erkrankungen:

In meiner Familie gibt es folgende Erkrankungen:

Diabetes

Bluthochdruck

Krebserkrankungen (welche und bei wem):

Sonstiges:

In meiner Familie gibt es eine Neigung zu Thrombosen oder Gerinnungsstörungen.

Ja Nein

7. Fragen zu Lebensgewohnheiten:

Wie ist ihr Schlaf?

Meistens gut und unproblematisch

Gelegentlich , häufig Einschlafstörungen

Gelegentliches , häufiges Aufwachen

Sonstiges

Wie und womit können Sie entspannen?

Treiben Sie Sport oder wie oft bewegen Sie sich z.B. draußen?

Ich rauche nicht

Ich rauche gelegentlich

Ich rauche täglich _____ Zigaretten. (Bitte Anzahl angeben).

Ich trinke keinen Alkohol

Ich trinke gelegentlich

Ich trinke regelmäßig Alkohol (bitte Menge und Art der Getränke angeben)

8. Fragen zum sozialen Leben:

Sind Sie Schülerin, in Ausbildung oder Studium, sind Sie zuhause tätig und erziehen Kinder, sind Sie berufstätig, haben Sie eine Berufsausbildung und wenn welche, sind Sie zurzeit ohne Beschäftigung? Arbeiten Sie im Nachtschicht- oder Wechselschichtdienst? Bitte antworten Sie gerne ausführlich.