

Liebe Patientin,

um uns die Arbeit ein wenig zu erleichtern und Ihnen daher die Wartezeit zu verkürzen, bitten wir Sie, uns bereits im Vorfeld einige Fragen zu beantworten. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, indem Sie die jeweils zutreffende Antwort einkreisen, ankreuzen bzw. die Felder ausfüllen. Sollte keine der angegebenen Antwortmöglichkeiten zutreffend sein, ergänzen Sie bitte in kurzen Worten Ihre Antwort.

Hausarzt: _____ in _____

Frauenarzt: _____ in _____

Größe: _____ cm **Gewicht:** _____ kg

1. Wie lange bestehen Ihre Beschwerden schon?

≤3 3-6 6-12 12-24 ≥24 Monate

2. Welche Beschwerden haben Sie?

- ☐ Regelschmerzen (Dysmenorrhoe)
- ☐ chronische Unterbauchschmerzen
- ☐ Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie)

3. Leiden Sie an Unterleibschmerzen die bereits länger als 3 Monate bestehen und chronisch sind? Falls ja, bitte geben Sie die Intensität dieser Schmerzen an:

- ☐ ja, Intensität: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ☐ nein

4. Leiden Sie an Schmerzen während der Periode? Falls ja, bitte geben Sie die Intensität der Schmerzen an:

- ☐ ja, Intensität 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ☐ nein

5. Leiden Sie an Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? Falls ja, bitte geben Sie die Intensität der Schmerzen an:

- ☐ ja, Intensität 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- ☐ nein

6. Haben Sie Probleme (Schmerzen/Blutungen) beim Wasserlassen oder Stuhlgang?

- ☐ nein
- ☐ ja, beim Wasserlassen _____
- ☐ ja, beim Stuhlgang _____

7. Besteht bei Ihnen und Ihrem Partner unerfüllter Kinderwunsch? Falls ja, seit wann?

- ☐ ja, seit _____
- ☐ nein

8. Haben Sie Allergien?

- ☐ nein
- ☐ ja, welche? _____

9. Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge?

- ☐ nein
- ☐ ja, zuletzt _____

10. Ist bei Ihnen schon einmal eine Mammografie durchgeführt worden?

- ☐ nein
- ☐ ja, zuletzt _____

11. Sind bei Ihnen Erkrankungen bekannt (Diabetes, Rheuma, Blutungsneigung, Bluthochdruck, Schilddrüsenerkrankung, Thrombose/ Embolie, Epilepsie....)?

- ☐ nein
- ☐ ja, welche und seit wann?

12. Bisherige Operationen:

Art des Eingriffes _____ Jahr _____ Ort _____

Art des Eingriffes _____ Jahr _____ Ort _____

Art des Eingriffes _____ Jahr _____ Ort _____

Art des Eingriffes _____ Jahr _____ Ort _____

13. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein (ASS, Marcumar, Metformin o.ä.)?

- ☐ nein
- ☐ ja, welche (Dosierung)?

14. Rauchen Sie?

- ☐ nein
- ☐ ja, wie viel? _____

15. Wie oft trinken sie Alkohol?

- ☐ nie
- ☐ gelegentlich: wie oft? _____

16. Gibt es in Ihrer Familie schwere Erkrankungen (Diabetes, Krebs, Bluthochdruck, Erbkrankheiten usw.)?

17. Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ geschieden
☐ verwitwet ☐ feste Partnerschaft

18. Beruf: _____

Und nun noch ein paar Fragen aus unserem Fachgebiet:

19. Erster Tag Ihrer letzten Monatsblutung: _____

20. Alter bei Auftreten der ersten Regelblutung: _____

21. Zyklusdauer (=Intervall zwischen den Monatsblutungen):

<21 22-25 26-30 31-34 >35 Tage

22. Dauer der Monatsblutung:

≤3 4 5 6 ≥7 Tage

23. Anzahl der Schwangerschaften insgesamt: _____

24. Anzahl der Geburten: _____

Jahr: _____ Entbindungsart (normal, Saugglocke, Kaiserschnitt): _____

Jahr: _____ Entbindungsart (normal, Saugglocke, Kaiserschnitt): _____

Jahr: _____ Entbindungsart (normal, Saugglocke, Kaiserschnitt): _____

25. Fehlgeburten (missed abortion, Eileiterschwangerschaft, etc.):

Jahr: _____ Schwangerschaftswoche: _____ Art: _____

Jahr: _____ Schwangerschaftswoche: _____ Art: _____

26. Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche: _____

27. Verwenden Sie hormonelle Verhütungsmittel (Pille, Pillenpflaster, Scheidenring, Hormonspirale, usw.)?

- ☐ nein
- ☐ ja, welche?

28. Haben Sie Hormonpräparate eingenommen?

- ☐ nein
- ☐ ja, welche?

29. Wenn Sie einmal Hormonpräparate eingenommen haben, kam es hierunter zu einer Besserung der Beschwerden ?

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe !