

Fragebogen Gynäkologie

Personalien

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Beruf:

Haben Sie eine Zusatzversicherung?

ja nein

Schwangerschaften / Geburten

Anzahl:

Geburtsjahr/e:

Geburtsgewicht/e:

spontan per Kaiserschnitt per Zange / Saugglocke mit Dammriss mit Dammschnitt

Gab es Komplikationen in der Schwangerschaft / bei der Geburt?

ja nein

Falls ja, welche?

Fehlgeburten:

ja nein

Schwangerschaftsabbrüche:

ja nein

Menstruation

Wann war Ihre erste Periode?

Mit ___ Jahren

Wann war Ihre letzte Periode?

Ist die Periode regelmässig?

ja nein

In welchen Abständen kommt die Periode?

ungefähr alle ___ Tage

In welcher Stärke?

schwach normal stark

Ist die Periode schmerzhaft?

ja nein

Falls Sie in der Menopause sind, haben Sie Wechseljahresbeschwerden?

ja nein

Falls ja, welche?

Anamnese

Haben Sie chronische Krankheiten?

ja nein

Falls ja, welche?

Sind Allergien bekannt?

ja nein

Falls ja, welche?

Leiden Sie unter Migräne?

ja nein

Hatten Sie Operationen oder Unfälle?

ja nein

Falls ja, welche?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?

ja nein

Falls ja, welche?

Haben Sie eine Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs erhalten?

ja nein

Gab es in der Vergangenheit auffällige Gebärmutterhals-/ Krebsabstriche?

ja nein

Familienanamnese

Sind in der Familie Krebserkrankungen bekannt?

ja nein

Falls ja, welche?

Gibt es in Ihrer Familie gehäufte Erkrankungen wie z.B.:

- Herzinfarkt / Schlaganfall Blutungsstörungen
 genetische Erkrankungen Thrombose / Lungenembolie

Haben Sie Probleme mit Stuhl- oder Harninkontinenz?

ja nein

Falls ja, welche?

Rauchen Sie?

ja nein

Falls ja, wie viele Zigaretten pro Tag?

Trinken Sie Alkohol?

häufig gelegentlich nie

Konsumieren Sie Drogen?

ja nein

Verhüten Sie?

ja nein

Falls ja, wie (Methode, Name Pille oder Spirale, etc.):

Datum:

Unterschrift: