

Sehr geehrte Patientin,

wenn Sie unsere Praxis erstmals aufsuchen, dann bitten wir Sie darum, diesen Fragebogen **möglichst vollständig** zu beantworten. Sie helfen uns damit, einen schnellen Überblick über ihre Gesundheitsgeschichte zu erhalten und die Behandlung darauf abstimmen zu können.

Bitte fragen Sie uns, wenn Sie Probleme beim Ausfüllen des Bogens haben.

Name: _____ Vorname: _____	
Alter: _____ J Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg BMI: _____	
Beruf/ausgeübte Tätigkeit _____	
Mein/e letzte/r	war am (Monat/Jahr):
• gynäkologische Untersuchung:	_____
• Krebsvorsorge-Abstrich:	_____
• HPV-Abstrich:	_____
• Mammographie:	_____
• Brust-Ultraschall:	_____

Haben Sie Kinder?       ja       nein       es besteht aktuell Kinderwunsch

falls ja, wie viele, und ggf. Geburtsjahr des letzten Kindes: \_\_\_\_\_

Stillen Sie?       ja       nein       nicht mehr, zuletzt \_\_\_\_\_

Wann hatten Sie Ihre erste Regel (Menarche)?      mit \_\_\_\_\_ Jahren

Seit wann haben Sie Ihre Regel nicht mehr (Menopause)?      mit \_\_\_\_\_ Jahren

Wenn Sie Ihre Monatsblutung bekommen:

Blutungsrythmus:       regelmäßig       unregelmäßig

Zwischenblutungen:       häufig       selten       nie

Zykluslänge:       Weniger als 24 Tag       Mehr als 34 Tage       24-34 Tage

Dauer der Blutung:       länger als 7 Tage       7 Tage oder kürzer

Stärke (Vorlagen/Tag):       stark (> 5)       schwach (<2)       Mittel (2-5)

Unterleibsschmerzen vor/während der Periode:

nein, bzw. schwach       ja, mäßig       ja, stark

Andere Zyklusabhängige Beschwerden (z.B. Brustspannen, Kopfschmerzen): \_\_\_\_\_  
falls ja, welche? \_\_\_\_\_

<b>LEBENSWEISE/GEWOHNHEITEN</b>	nein	ja	ggf. genauer beschreiben
Haben Sie schon einmal (verschreibungspflichtige) Verhütungsmethoden genutzt? Wenn ja, welche?			
Haben Sie Hautprobleme, z.B. fettige Haut, Akne?			
Ist eine verstärkte Körperbehaarung vorhanden?			
Haben Sie regelmäßig Durchfall/Erbrechen?			
Ist ihr Tagesablauf sehr unregelmäßig?			
Ist eine komplette Blutungsfreiheit gewünscht?			

<b>FAMILIENANAMNESE</b>		nein	ja	Wer? In welchem Alter?
Gibt/Gab es in Ihrer Familie?	Thrombosen/Durchblutungsstörungen			
	Lungenembolie/Schlaganfall			
	Herzinfarkt/Angina pectoris			
	hohe Blutfettwerte			
	Krebs			
	Depressionen			
	Diabetes			

<b>EIGENANAMNESE</b>	nein	ja	ggf. genauer beschreiben
Trat bei Ihnen selbst schon einmal eine der unter Familienanamnese erwähnten Erkrankungen/Ereignisse auf?			
Haben Sie Bluthochdruck?			
Haben Sie häufig Kopfschmerzen? (zyklusbedingt?)			
Leiden Sie unter Migräne?			
Leiden Sie unter Stimmungsschwankungen bzw. Depressionen?			
Haben Sie chronische Erkrankungen (Herz, Lunge, Nieren, Leber, Darm, Nervensystem)			
Rauchen Sie? Wenn ja wie viele Zigaretten pro Tag?			
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente bzw. Pflanzenpräparate ein? Wenn ja welche?			
Haben Sie eine Allergie oder Unverträglichkeit? Wenn ja welche?			
Ist bei Ihnen in nächster Zeit eine Operation geplant?			
Sind Sie schon einmal operiert worden? Wenn ja, wann und woran?			

Ich habe diesen Bogen nach bestem Wissen ausgefüllt. Mir ist klar, dass die Richtigkeit meiner Angaben wichtig für die Auswahl der für mich am besten geeigneten und möglichst risikoarmen Verhütungsmethode ist.

Datum: \_\_\_\_\_

Patientin: \_\_\_\_\_

Ärztin: \_\_\_\_\_