**UNIVERSITÄTSKLINIKUM Schleswig- Holstein**

**Campus Lübeck**

**Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe – Direktor: Prof. Dr. med. K. Diedrich**

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

1. Welche Beschwerden haben Sie ?

○ Regelschmerzen (Dysmenorrhoe)

○ chronische Unterbauchschmerzen

○ Schmerzen beim Geschlechtsverkehr (Dyspareunie)

1. 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

1. 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

1. 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

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

○ nein

○ ja, beim Wasserlassen\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

○ ja, beim Stuhlgang \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

○ ja, seit \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

○ nein

1. Haben Sie Allergien?

○ nein

○ ja, welche? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Gehen Sie regelmäßig zur Krebsvorsorge ?

○ nein

○ ja, zuletzt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

○ nein

○ ja, zuletzt \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

○ nein

○ ja, welche und seit wann?

1. Bisherige Operationen:

Art des Eingriffes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahr \_ \_Ort\_ \_\_

Art des Eingriffes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahr \_ \_Ort\_ \_\_

Art des Eingriffes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahr \_ \_Ort\_ \_\_

Art des Eingriffes \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Jahr \_ \_Ort\_ \_\_

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

○ nein

○ ja, welche (Dosierung) ?

1. Rauchen Sie?

○ nein

○ ja, wie viel? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Wie oft trinken sie Alkohol ?

○ nie

○ gelegentlich: wie oft ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Gibt es in Ihrer Familie schwere Erkrankungen (Diabetes, Krebs, Bluthochdruck, Erbkrankheiten usw.) ?
2. Familienstand: ○ ledig ○ verheiratet ○ geschieden

○ verwitwet ○ feste Partnerschaft

1. Beruf:

Und nun noch ein paar Fragen aus unserem Fachgebiet:

1. Erster Tag Ihrer letzten Monatsblutung:
2. Alter bei Auftreten der ersten Regelblutung:
3. Zyklusdauer (=Intervall zwischen den Monatsblutungen):

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

1. Dauer der Monatsblutung:

≤3 4 5 6 ≥7 Tage

1. Anzahl der Schwangerschaften insgesamt: \_\_\_\_\_\_
2. Anzahl der Geburten: \_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_\_Entbindungsart (normal, Saugglocke, Kaiserschnitt): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_\_ Entbindungsart (normal, Saugglocke, Kaiserschnitt): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_\_ Entbindungsart (normal, Saugglocke, Kaiserschnitt): \_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Jahr: \_\_\_ Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Jahr: \_\_\_ Schwangerschaftswoche: \_\_\_\_ Art: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Anzahl der Schwangerschaftsabbrüche: \_\_\_\_\_\_

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

○ nein

○ ja, welche?

28. Haben Sie Hormonpräparate eingenommen?

○ nein

○ ja, welche?

***Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe !***