



Fragebogen Frauengesundheit

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Grösse: _____ Gewicht: _____

Alter bei der ersten Regelblutung:	
Letzte Regelblutung (Beginn):	Datum: _____
Kommt ihre Menstruation regelmäßig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zykluslänge? (gerechnet vom ersten Tag der Blutung)	_____ Tage
Wie lange dauert die Menstruation?	_____ Tage
Schmerzhafte Menstruation? Starke oder schwache Blutung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> normal
Haben Sie Kinder geboren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wie viele? _____
Spontangeburt?	<input type="checkbox"/> ja im Jahr _____
Kaiserschnitt?	<input type="checkbox"/> ja im Jahr _____
Saugglocke?	<input type="checkbox"/> ja im Jahr _____
Haben Sie gestillt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hatten Sie einen Abgang/ Fehlgeburt/ Eileiterschwangerschaft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja im Jahr _____
Wann wurde die letzte Krebsvorsorgeuntersuchung gemacht?	Datum: _____
Nehmen Sie Hormone oder die Pille? Andere Verhütungsmethoden?	<input type="checkbox"/> ja Welche? _____ Seit wann? _____ <input type="checkbox"/> nein
Besonderheiten oder Probleme beim Wasserlassen oder Stuhlgang?	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____ _____ <input type="checkbox"/> nein



Haben Sie Vorerkrankungen? Bluthochdruck? Schilddrüsenerkrankung? Diabetes? Herzkrankheiten? Asthma bronchiale? Krebserkrankungen? Andere?	Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> nein
Gynäkologische Vorerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> nein
Vorerkrankungen bzw. Krebserkrankungen in der Familie? Wer ist erkrankt?	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> nein
Welche Operationen hatten Sie?	Operation: _____ Jahr: _____ _____ _____ _____ _____ _____
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja, welche? _____ <input type="checkbox"/> nein
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/> ja, wie viel? _____ <input type="checkbox"/> nein
Trinken Sie regelmäßig Alkohol?	<input type="checkbox"/> ja, wie viel? _____ <input type="checkbox"/> nein

Vielen Dank!
Ihr Praxisteam