



## Fragebogen für die FRAU

**Familienname:**

**Vorname:**

**Geburtsdatum:**

Bitte nehmen Sie sich ein paar Minuten Zeit und füllen Sie diesen, für Ihre Behandlung sehr wichtigen, Fragebogen vollständig und gewissenhaft aus. Dadurch können wir Sie bestmöglich betreuen und die optimale Therapieform für Sie wählen!

Zutreffendes bitte ankreuzen bzw. das Kommentarfeld ausfüllen.

### 2. Wie lange ist **Ihr Zyklus** (vom 1. Tag der Blutung bis zum 1. Tag der nächsten Blutung)?

\_\_\_\_\_ Tage

Ich habe Zwischenblutungen.

Mein **Zyklus** ist:  regelmäßig  unregelmäßig

### 2. Meine **Monatsblutung**:

a) Der 1. Tag meiner letzten Monatsblutung war am: \_\_\_\_\_

b) Meine erste Regelblutung ist im Alter von \_\_\_\_\_ Jahren das erste Mal eingetreten.

c) Die Menopause (=Wechseljahre) meiner Mutter trat ein im Alter von:

unter 45

45 - 50

51 - 55

über 55

d) Ich hatte schon lange keine Blutung mehr.

e) Sie ist sehr schmerzhaft, sodass ich regelmäßig Schmerzmittel einnehmen muss.

### 3. Wurden **Ihre Eileiter** schon einmal untersucht?

Nein  Ja, zuletzt im Jahr: \_\_\_\_\_

Mit welcher Methode wurden Ihre Eileiter untersucht?

Bauchspiegelung

Röntgen (HSG)

Hydrosonographie (HyCoSy)

**Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns diesen Befund!**





## Fragebogen für die FRAU

### 7. Gynäkologische Erkrankungen

ERKRANKUNG	JA	Kommentar
Endometriose		
Eierstockzysten		
Eierstockentzündung		
Gebärmutterfehlbildung		
PCO-Syndrom		
Andere:		

**Wichtig: Bitte halten Sie Rücksprache mit Ihrem Frauenarzt und übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!**

### 8. Hatten Sie bereits **Operationen** im Unterleibs- oder Genitalbereich? (z.B. Entfernung eines Eileiters oder Eierstocks)

OPERATION	JA	JAHR	Kommentar
Bauchspiegelung (LSK)			
Gebärmutter Spiegelung (HSK)			
Konisation			
Curettag (Ausschabung)			
Andere:			

**Wichtig: Bitte halten Sie Rücksprache mit Ihrem Frauenarzt und übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!**



## Fragebogen für die FRAU

### 9. Hatten Sie andere Operationen, die für uns wichtig sein könnten?

OPERATION	JAHR	Kommentar

### 10. Leiden Sie oder haben Sie an folgenden Erkrankungen bzw. Symptomen gelitten?

ERKRANKUNGEN	JA	Kommentar
Medikamentenallergie (z.B. gegen Antibiotika, Aspirin, Schmerzmittel usw.)		Gegen:
Hepatitis B oder C		<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch <input type="checkbox"/> abgelaufen Wann? Behandelt mit:
HIV		Wann? Behandelt mit:
Syphilis (Geschlechtskrankheit)		Wann? Behandelt mit:
Chlamydieninfektion		Wann? Behandelt mit:
Andere <b>ERKRANKUNGEN</b> , die für uns <u>wichtig</u> sein könnten?  (z.B. Epilepsie, bekannte Blutgerinnungsstörung etc.)		

**Wichtig: Bitte übermitteln Sie uns die entsprechenden Befunde!**



## Fragebogen für die FRAU

11. Wie **groß** und wie **schwer** sind Sie derzeit? \_\_\_\_\_ cm \_\_\_\_\_ kg

12. **Rauchen** Sie?

- Nein  
 Ja und zwar \_\_\_\_\_ Zigaretten pro Tag.  
 Ich bin Gelegenheitsraucher.  
 Ich bin Nichtraucher seit \_\_\_\_\_ Jahren.

13. Trinken Sie mehr als vier **alkoholische Getränke** pro Woche?

- Nein  Ja und zwar \_\_\_\_\_ (Anzahl) alkoholische Getränke.

14. Betreiben Sie regelmäßig **Sport mit übermäßiger Belastung?**

(z.B. Marathontraining, exzessives Gewichtheben, Leistungssport, usw.)

- Nein  Ja Kommentar: \_\_\_\_\_

15. Haben Sie den Eindruck, dass Sie Ihre Situation **psychisch belastet** & würden Sie gerne **unverbindliche Einladungen zu unseren Entspannungsgruppen** erhalten?

- Nein  Ja

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

.....  
**Datum**

.....  
**Unterschrift** (handschriftlich)

**Gut zu wissen!** 

**Wir danken Ihnen für die Übermittlung aller notwendigen Befunde / Unterlagen,  
damit wir Ihr Erstgespräch optimal vorbereiten können und  
Sie keine wertvolle Zeit verlieren!**