



Fragebogen für gynäkoendokrinologische Patientinnen

Name:		Geburtsdatum:		Beruf:	
1) Ihr Familienstand ist: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet mit:			Frauenärztin/-arzt / Hausärztin/-arzt:		
2) Ihre Größe:			3) Ihr Gewicht:		
4) Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag: _____					
5a) In welchen Abständen kommt Ihre Monatsblutung?		5b) Die Blutung dauert _____ bis _____ Tage		5c) Ihre Blutung ist <input type="checkbox"/> stark <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> schmerzhaft	
6) Haben Sie schon Kinder geboren?			<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann? _____		
7) Hatten Sie schon eine oder mehrere Fehlgeburt(en)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wann? _____			8) Hatten Sie schon einmal eine Thrombose? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> unsicher		
9) Hatten oder haben Sie behandlungsbedürftige Vorerkrankungen, Operationen?					
10) Welche Symptome belasten Sie hauptsächlich? (z.B. Gewicht, Haarausfall, Ausbleiben der Blutungen, Schlafstörungen, Hautprobleme, Hitzewallungen)					
11) Besteht Kinderwunsch?					
12) Wurden bereits Vordiagnosen gestellt? Wenn ja, welche?			13) Welche Medikamente nehmen Sie z.Z. ein (z.B. die Antibaby-Pille)?		
14) Gibt es in Ihrer Familie besondere Erkrankungen, wie Zuckerkrankheit, böse Erkrankungen Thrombosen/Embolien o.ä.					