

**Menstruation**

- |  |    |      |
|--|----|------|
| ➤ Haben Sie die Mens noch?   | ja | nein |
| ➤ Wenn ja, wie ist der Zyklus (wieviele Tage liegen zwischen zwei Perioden)? |    |      |
| ➤ Wenn nein, seit wann haben Sie keine Periode mehr?                         |    |      |
| ➤ Haben Sie Beschwerden bei der Periode?                                     | ja | nein |
| ➤ Wenn ja, haben Sie Schmerzen?  | ja | nein |
| ➤ Wenn ja, wo haben Sie Schmerzen?   |    |      |
| ➤ Wenn ja, nehmen Sie Schmerzmittel?   | ja | nein |
| ➤ Wenn ja, was?  |    |      |
| Leiden Sie unter prämenstruellem Syndrom?                                    | ja | nein |
| ➤ Wenn ja, worunter leiden Sie?  |    |      |

**Vaginalpilz**

- |                                   |    |      |
|-----------------------------------|----|------|
| Zurzeit                           | ja | nein |
| Schon einmal gehabt?              | ja | nein |
| ➤ Wenn ja, wann?                  |    |      |
| ➤ Wenn ja, womit behandelt?       |    |      |
| ➤ Wurde der Partner mitbehandelt? | ja | nein |

**Chlamydien-Infektion**

- |                                   |    |      |
|-----------------------------------|----|------|
| Zurzeit                           | ja | nein |
| Schon einmal gehabt?              | ja | nein |
| ➤ Wenn ja, wann?                  |    |      |
| ➤ Wenn ja, womit behandelt?       |    |      |
| ➤ Wurde der Partner mitbehandelt? | ja | nein |

**Spirale**

- |   |    |      |
|---|----|------|
| Zurzeit                                   | ja | nein |
| Schon einmal gehabt?                      | ja | nein |
| ➤ Wenn ja, wann?                          |    |      |
| ➤ Haben Sie die Spirale gut vertragen?    | ja | nein |
| ➤ Wenn nein, was hatten Sie für Probleme? |    |      |

### **Anti-Baby-Pille**

Zurzeit	ja	nein
Schon einmal gehabt?	ja	nein
➤ Wenn ja, wann?		
➤ Haben Sie die Pille gut vertragen?	ja	nein
➤ Wenn nein, was hatten Sie für Probleme?		

### **Osteoporose-Prophylaxe**

Zurzeit	ja	nein
Schon einmal gehabt?	ja	nein
➤ Wenn ja, wann?		
➤ Haben Sie die Medikamente gut vertragen?	ja	nein
➤ Wenn nein, was hatten Sie für Probleme?		

### **Andere hormonelle Behandlungen im Klimakterium**

Zurzeit	ja	nein
Schon einmal gehabt?	ja	nein
➤ Wenn ja, wann?		
➤ Haben Sie die Hormone gut vertragen?	ja	nein
➤ Wenn nein, was hatten Sie für Probleme?		

➤ Wenn ja, nehmen Sie Medikamente?	ja	nein
➤ Wenn ja, was?		

<b>Aborte</b>	ja	nein
---------------	----	------

- Wenn ja, wann?
- Wenn ja, was hatten Sie dabei für Probleme (psychisch und/oder körperlich)?

Musste eine Curettage (Auskratzung) vorgenommen werden?	ja	nein
---	----	------

### **Brüste**

Hatten Sie schon einmal einen <b>Knoten</b> in der Brust gehabt?	ja	nein
Gutartig?	ja	nein
➤ Wenn nein, Operation?	ja	nein
➤ Wenn ja, welche Seite		

➤ Wenn ja, wann?		
➤ Wenn nein, Chemotherapie?	ja	nein
➤ Wenn ja, wie lange?		
➤ Wenn nein, Bestrahlung?	ja	nein
➤ Wenn ja, wie oft?		
<b>Brustvergrößerung</b>	ja	nein
➤ Wenn ja, welche Seite?		
➤ Wenn ja, wann?		
<b>Brustverkleinerung</b>	ja	nein
➤ Wenn ja, welche Seite?		
➤ Wenn ja, wann?		
<b>Andere Gründe für eine Brustoperation</b>		

<b>Schwangerschaften</b>	ja	nein
Wehenhemmende Mittel	ja	nein
➤ Wenn ja, welche?		
Antibiotica	ja	nein
Eisenpräparate	ja	nein
➤ Wenn ja, welche?		
Vitamine	ja	nein
➤ Wenn ja, welche?		

## Andere Komplikationen in der Schwangerschaft

<b>Geburten</b>	ja	nein
➤ Wenn ja, wann?(bitte Geschlecht und Jahrgang)		
Wehenbeginn spontan	ja	nein
➤ Wenn nein, womit wurde eingeleitet		
- Infusion	ja	nein
- Tabletten	ja	nein
Blasensprung spontan?	ja	nein
➤ Wenn nein, wann wurde die Fruchtblase eröffnet?		
Schmerzmittel	ja	nein
➤ Wenn ja, welche?		
PDA (Rückenmarks-Anaesthesie)	ja	nein
➤ Wenn ja, warum?		
Kaiserschnitt	ja	nein
➤ Wenn ja, warum?		
Andere Besonderheiten unter der Geburt	ja	nein
➤ Wenn ja, welche?		
Haben Sie die Geburt(en) in guter Erinnerung?	ja	nein
➤ Wenn nein, worunter leiden Sie?		