

# Erstgespräch

Ort und Datum: .....  
Titel, Vor- und Zuname: .....

## ZUR PERSON:

Geburtsdatum: ..... Alter: .....  
Wohnadresse: .....  
Telefon: .....  
e-mail Adresse: .....  
Familienstand: .....  
Religion: .....  
Staatsbürgerschaft: .....  
Gynäkologe: .....

## KINDER:

keine

### Entbindungen:

Datum (T/M/J): ..... Termin: ..... Geschlecht: .....  
Datum (T/M/J): ..... Termin: ..... Geschlecht: .....  
Datum (T/M/J): ..... Termin: ..... Geschlecht: .....

### Schwangerschaftsbeschwerden:

keine

.....  
.....

### Schwangerschaftsabbrüche:

Datum (M/J): ..... , Geschlecht und Grund: .....  
Datum (M/J): ..... , Geschlecht und Grund: .....  
Datum (M/J): ..... , Geschlecht und Grund: .....

## KÖRPER UND ZYKLUS:

Menarche (= 1. Blutung): .....  
Menstruation (Länge/Beschreibung) .....  
Wie definierten Sie ihren Zyklus bisher (z. B. Blutungsabstände): .....  
Länge des Zyklus: .....

### Besondere Beobachtungen (körperlich: Haut, Brust; Psychisch: PMS):

Nach der Blutung	Fruchtbare Zeit	prämenstruell

Wozu führen bzw. werden Sie Zyklusaufzeichnungen führen?  
 weil Kinderwunsch besteht  
 zur Verhütung -->Wäre eine SS aus gesundheitlicher Sicht ein Risiko?  
 ja, weil.....  
 nein

Wie haben Sie bisher verhütet?  
 Gar nicht  
 Mechanisch, und zwar ..... von..... bis .....  
 Hormonell, und zwar ..... von..... bis .....  
 .....

Hatten oder haben Sie Krankheiten, die v. a. das weibliche Geschlecht betreffen:  keine  
 ja, und zwar: ..... Wann? .....

Führen Sie regelmäßig die Selbstuntersuchung Ihrer Brüste durch?  
 ja  
 gelegentlich schon  
 nein, nie

Haben Sie Ausfluß und leiden Sie darunter? .....  
 nein, nie  
 ab und zu, und zwar: .....  
 ja, immer: Wie würden sie ihn beschreiben?.....

**SEXUALITÄT:**

Ihre bisherigen sexuellen Kontakte: .....  
Wie oft – durchschnittlich – haben Sie Geschlechtsverkehr/Zyklus? .....  
Wann im Zyklus? (wichtig bei KW) .....  
Haben Sie Schmerzen beim GV? .....  
Verwenden Sie Tampons?.....  
Ist die Intimhygiene Ihres Partners ein Thema? (Smegma) .....

**ZERVIXSCHLEIM:**

Können in Ihrem Zyklus eine Schleimabsonderung feststellen?  
Wann und wie lange? .....  
Wie sieht dieser aus/Wie würden Sie ihn beschreiben?.....

**MESSEN DER AUFWACHTEMPERATUR:**

Wann? .....  
Womit?  
Wie lange? .....

Gibt es von ihrer Seite noch irgendetwas, wovon Sie glauben, dass es für die Beratung von Bedeutung ist? .....