

# Erstgesprächsfragebogen

Datum: .....

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

## ZUR PERSON:

Geburtsdatum: ..... Alter: .....

Wohnadresse: .....

Telefon: .....

e-mail: .....

Familienstand: .....

Gynäkologe/in: .....

## KINDER:

0 keine

### Entbindungen:

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

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

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

### Schwangerschaftsbeschwerden:

0 keine

0 Folgende: .....

### Schwangerschaftsabbrüche:

0 keine

Datum: (M/J) ..... Begründung: .....

Datum: (M/J) ..... Begründung: .....

## KÖRPER UND ZYKLUS:

Menarche (= 1. Blutung) im Jahr: ..... im Alter von: .....

Menstruation derzeit: ..... Tage lang, Stärke: .....

Länge des Zyklus: .....

Welche Aufzeichnungen haben Sie über Ihren Zyklus?

0 keine

0 Menstruationskalender (Blutungsabstände)

0 Tabelle mit Temperaturaufzeichnungen

0 Schleimbeobachtung

0 Sonstiges: .....

Besondere Beobachtungen (wie körperlich z. B. Brustspannen, psychisch: PMS = prämenstruelles Syndrom)

Nach der Blutung	Fruchtbare Zeit	Prämenstruell

Wozu führen bzw. werden Sie Zyklusaufzeichnungen führen?

0 derzeit besteht Kinderwunsch seit .....

0 derzeit zur Verhütung.

Wäre eine Schwangerschaft aus gesundheitlicher Sicht ein Risiko?

0 ja, weil .....

0 nein

Wie haben Sie bisher verhütet?

0 gar nicht

0 natürlich, Methode: .....  
 von (Monat/Jahr) ..... bis (Monat/Jahr) .....

0 mechanisch (Kondom, Kupferspirale, Diaphragma..).....  
 von (Monat/Jahr) ..... bis (Monat/Jahr) .....

0 hormonell (Mirena, Pille, Pflaster, Implanon...) .....  
 von (Monat/Jahr) ..... bis (Monat/Jahr) .....

0 .....

Hatten oder haben Sie und/oder Ihr Partner Krankheiten, die das weibliche/männliche Geschlecht betreffen?

0 keine

0 ja, und zwar: ..... wann? .....

Führen Sie regelmäßig die Selbstuntersuchung Ihrer Brüste durch?

0 ja, fast in jedem Zyklus

0 gelegentlich (alle 5-6 Zyklen, in etwa halbjährlich)

0 nein, nie

Waren Sie bereits bei einer Mammographie?

0 ja ..... 0 nein

Haben Sie sich einmal einer Hormontherapie unterzogen?

0 ja, wann: ..... Ziel der Behandlung:.....

Haben Sie Ausfluss und leiden Sie darunter?

0 nein, nie

0 ab und zu, und zwar: .....

0 ja, immer. Wie würden Sie ihn beschreiben? .....

**SEXUALITÄT/INTIMHYGIENE:**

Wann hatten Sie Ihren ersten sexuellen Kontakt? (Alter) .....

Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? 0 ja 0 nein

Verwenden Sie Tampons zur Monatshygiene? 0 ja 0 nein

Wenn ja, wie oft?

0 ständig 0 an blutungsstarken 0 blutungsschwachen Tagen

Verwenden Sie Intimwaschmittel? 0 ja 0 nein

Achtet Ihr Partner auf Intimhygiene (Smegma)? 0 ja 0 nein

**ZERVIXSCHLEIM:**

Können Sie im Zyklus eine Schleimabsonderung feststellen? 0 ja 0 nein

Wann und wie lange? .....

Wie sieht dieser aus/wie würden Sie ihn beschreiben? .....

.....

**MESSEN DER AUFWACHTEMPERATUR, falls durchgeführt:**

Wann? Um.....Uhr

Womit? 0 Digitalthermometer 0 Quecksilberthermometer

Wo? 0 rektal 0 oral 0 vaginal

Wie lange? ..... Sekunden/Minuten

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

.....

.....

.....

.....

**Herzlichen Dank für Ihre Auskunftsbereitschaft, die eine große Hilfe für die Beratung ist!**