

**Fragebogen - Social Freezing**

Name ..... Vorname ..... Geb.-Datum .....

Straße ..... PLZ ..... Ort .....

Telefon - Nr. privat ..... mobil ..... geschäftlich .....

Beruf .....

Frauenarzt/-ärztin ..... E-Mail .....

Termin am ..... um .....

1. Wie alt waren Sie bei Beginn der monatlichen Blutung? ca. .... Jahre

2. Wann hat bei Ihnen die Brustentwicklung eingesetzt? mit ca. .... Jahren

3. Hatten Sie jemals regelmäßige Monatsblutungen auch ohne Hormonpräparate (z.B. Pille)

ja  nein

4. Sind Ihre Blutungen regelmäßig und wie war in letzter Zeit der Abstand vom 1. Tag der Regel bis zum nächsten 1. Tag der Regelblutung ohne Einnahme von Medikamenten?

- regelmäßig zwischen ..... und.....Tagen
- unregelmäßig zwischen ..... und.....Tagen/Wochen/Monaten
- ich habe keine Regelblutung mehr seit .....Wochen/Monaten/Jahren

5. Wie viele Tage dauert die Regelblutung durchschnittlich? .....Tage

- zusätzlich bestehen Zwischenblutungen  vor der Regelblutung  
 nach der Regelblutung

6. Hatten Sie Erkrankungen an der Brust?  nein  ja

Falls ja, welche?..... Behandlung.....

7. Waren Sie schon einmal schwanger ?  nein falls ja,

8. Sind im Rahmen früherer Schwangerschaften Besonderheiten aufgetreten?  nein

- Probleme bei der Entwicklung des Mutterkuchens (Plazenta)
- Fieber/Entzündung im Wochenbett/nach Abort

9. Halten Sie Ihr Körpergewicht eher konstant oder neigen Sie zu stärkeren Gewichtsschwankungen (> 4 kg)?

- konstant  eher Schwankungen Ihre Körpergröße ..... cm
- eher Zunahme  eher Abnahme Ihr Körpergewicht ..... kg

**10. Hatten oder haben Sie Unterleibserkrankungen?**  nein falls ja,

- Blinddarmentzündung/OP
- Eierstockzysten
- Endometriose
- Myome
- Eierstock/Eileiterentzündung
- flüssigkeitsgefüllte Eileiter

In welchem Jahr.....

Wie wurde behandelt (Medikamente/Operation)? .....

**11. Letzte Krebsvorsorgeuntersuchung** ...../..... Ergebnis:  unauffällig  auffällig

**12. Haben Sie Hormonpräparate wie z.B. zyklusregulierende Präparate (Antibabypille) eingenommen?**

ja  nein falls ja,

Med. von - bis Med. von - bis

1. .... 2. ....

**13. Hatten oder haben sie eine der folgenden Erkrankungen?**  keine

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsenerkrankung             | <input type="checkbox"/> Zuckererkrankung           | <input type="checkbox"/> Nebennierenerkrankung |
| <input type="checkbox"/> Thrombose/Embolie                  | <input type="checkbox"/> Migräne                    | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankung      |
| <input type="checkbox"/> Herz-, Kreislauf-, Gefäßerkrankung | <input type="checkbox"/> Epileptische Krampfanfälle | <input type="checkbox"/> Lebererkrankung       |
| <input type="checkbox"/> Krampfadern                        | <input type="checkbox"/> Krebs/andere Tumore        | <input type="checkbox"/> Seelische Erkrankung  |
| <input type="checkbox"/> Asthma/ Chron. Bronchitis          | <input type="checkbox"/> Magen-/Darmerkrankung      | <input type="checkbox"/> Infektionserkrankung  |

Andere:.....

**14. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  nein

Falls ja, welche? ..... wofür ? .....

..... wofür ? .....

**15. Sind bei Ihnen Allergien bekannt (Medikamente, Substanzen)?**  nein

falls ja, gegen.....

**16. Rauchen Sie ?**  nein  1-5 Zig./Tag  5-15 Zig./Tag  mehr, ca. ..../Tag

**17. Sind in Ihrer Familie bei Blutsverwandten gehäuft folgende Erkrankungen aufgetreten?**  nein

- Thrombosen  ungewollte Kinderlosigkeit  Krebserkrankungen
- vererbliche Erkrankungen ( z.B. Mukoviszidose, Muskeldystrophie)
- andere.....

**18. Sind Sie gegen Hepatitis B geimpft?**

nein falls ja, wann zuletzt?.....

**19. Wie sind Sie auf unsere Praxis aufmerksam geworden?**

- auf Empfehlung/Überweisung eines Arztes/Ärztin ( Name.....)
- auf Empfehlung von Freunden/Bekanntem
- Information aus dem Telefonbuch
- Information aus dem Internet
- andere.....