

Fragebogen - Social Freezing

NameVornameGeb.-Datum

StraßePLZ Ort

Telefon - Nr. privatmobil geschäftlich

Beruf E-Mail

Frauenarzt/-ärztin

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 seitWochen/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

Schilddrüsenerkrankung

Zuckererkrankung

Nebennierenerkrankung

Thrombose/Embolie

Migräne

Nierenerkrankung

Herz-,Kreislauf-, Gefäßserkrankung

Epileptische Krampfanfälle

Lebererkrankung

Krampfadern

Krebs/andere Tumore

Seelische Erkrankung

Asthma/ Chron. Bronchitis

Magen-/Darmerkrankung

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/Bekannten
- Information aus dem Telefonbuch
- Information aus dem Internet
- andere.....