

Herzlich Willkommen im Praxiszentrum Arcus.

**Damit wir uns ein umfassendes Bild machen können, bitten wir bereits vorab um Beantwortung einiger Fragen.** Gerne werden wir diese anschliessend im persönlichen Gespräch genauer besprechen.

Bitte zögern Sie auch nicht, uns direkt auf die Ihnen wichtige Punkte anzusprechen.  
Möchten Sie eine Frage nicht beantworten, so lassen Sie diese einfach unbeantwortet.  
Selbstverständlich unterliegen alle Informationen der ärztlichen Schweigepflicht.

Vielen Dank! Ihr Praxisteam

### Unsere Fragen an Sie:

Datum der letzten Periodenblutung: .....

Datum der letzten Vorsorgeuntersuchung: .....

Datum der/s letzten Mammographie / Brustultraschalls (falls erfolgt): .....

Wie lange ist der Abstand zwischen 2 Periodenblutungen? .....Tage oder  **sehr** unregelmässig

Wie lange dauert eine Periodenblutung normalerweise? ..... Tage oder  **sehr** unterschiedlich

Bluten Sie sehr stark?  Nein  Ja

Ist Ihre Periode sehr schmerzhaft?  Nein  Ja

Haben Sie wiederholt Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?  Nein  Ja

Haben Sie wiederholt Schmerzen beim Wasserlassen?  Nein  Ja

Leiden Sie mehr als 3x im Jahr an Blasenentzündungen?  Nein  Ja

Verlieren Sie ungewollt Urin?  Nein  Ja

Müssen Sie bei Harndrang sehr schnell das WC aufsuchen?  Nein  Ja

Wie oft müssen sie tagsüber aufs WC? ..... mal am Tag

Und wie oft gehen Sie nachts? ..... mal nachts

Spüren Sie ein Druck- oder Fremdkörpergefühl in der Scheide oder tasten Sie eine Vorwölbung in der Scheide?  Nein  Ja

Haben Sie Schmerzen oder Blutungen beim Stuhlgang?  Nein  Ja

Ist die Darmentleerung schwierig / nur mit Pressen möglich?  Nein  Ja

Leiden Sie unter starkem Schwitzen, Hitzewallungen, Schlafstörungen oder anhaltend schlechter Stimmung?  Nein  Ja

Nutzen Sie Hormone gegen Wechseljahresbeschwerden?  Nein  Ja

Wenn ja, welche und seit wann: .....

Nehmen Sie regelmässig weitere Medikamente ein?  Nein  Ja

Wenn ja: welche: .....



Wie verhüten Sie derzeit?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gar nicht  | <input type="checkbox"/> Kondom                           |
| <input type="checkbox"/> Zykluscomputer   | <input type="checkbox"/> Kalender-/Temperaturmethode      |
| <input type="checkbox"/> Vaginalring seit: .....  | <input type="checkbox"/> Pille (welche: .....) seit:..... |
| <input type="checkbox"/> Pflaster seit: .....   | <input type="checkbox"/> Stäbchen (Einlage wann: ..... )  |
| <input type="checkbox"/> Dreimonatsspritze zuletzt am .....   |   |
| <input type="checkbox"/> Spirale <input type="checkbox"/> mit Hormon / <input type="checkbox"/> ohne Hormon (Einlage wann: ..... )  |   |
| <input type="checkbox"/> Sterilisation (Unterbindung) <input type="checkbox"/> bei Ihnen oder <input type="checkbox"/> beim Partner |   |

Sind bei Ihnen Allergien bekannt?

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> keine        | <input type="checkbox"/> Latex          |
| <input type="checkbox"/> Medikamente  | <input type="checkbox"/> Kontrastmittel |
| <input type="checkbox"/> Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> andere: .....  |

Rauchen Sie?

Trinken Sie regelmässig Alkohol?

Nehmen Sie Drogen?

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja: wie viel pro Tag? ..... |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja: wie viel pro Tag? ..... |
| <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Ja: welcher Art? .....      |

Planen Sie in nächster Zeit eine Schwangerschaft  
oder versuchen Sie bereits, schwanger zu werden?

- Nein  Ja: (seit) wann? .....

Sind Sie schwanger oder könnten Sie schwanger sein?

- Nein  Ja

**Ihre Fragen an uns:** Folgende Themen möchte ich gerne besprechen:

- Verhütung
- Kinderwunsch
- Probleme mit der Periode / Blutungsstörungen
- HPV-Impfung
- Wechseljahresbeschwerden
- Blasen- oder Senkungsprobleme
- anderes: .....
- Danke, momentan habe ich keinen Besprechungsbedarf.

**Wenn Sie das erste Mal oder nach längerer Zeit wieder bei uns sind, bitten wir zusätzlich um Beantwortung der Fragen auf der folgenden Seite. Auch wenn Sie seit dem letzten Besuch in auswärtiger ärztlicher Betreuung (z.B. Spital, Notfall) waren, bitten wir um eine kurze Information.**

Haben Sie Kinder geboren?  Nein  Ja:  
 Jahr: ..... Gewicht: .....  normale Geburt  Kaiserschnitt  Saugglocke/Zange  
 Jahr: ..... Gewicht: .....  normale Geburt  Kaiserschnitt  Saugglocke/Zange  
 Jahr: ..... Gewicht: .....  normale Geburt  Kaiserschnitt  Saugglocke/Zange  
 Jahr: ..... Gewicht: .....  normale Geburt  Kaiserschnitt  Saugglocke/Zange

Gab es bei den Geburten oder Schwangerschaften Probleme?  Nein  Ja, nämlich:

.....

Hatten Sie schon einmal eine bzw. mehrere:

Eileiterschwangerschaft(en): wann?: .....  Fehlgeburt(en): wann? .....  
 Schwangerschaftsabbruch: wann?: .....  Totgeburt(en): wann? .....

Wurde bei Ihnen eine oder mehrere der folgenden Operationen durchgeführt:

Nein  
 Ausschabung: wann? .....  Gebärmutterentfernung: wann? .....  
 Eierstock-OP: wann? .....  Brust-OP: wann? .....  
 Gallenblase: wann? .....  Blinddarm: wann? .....  
 Andere: welche und wann? .....

Ist bei Ihnen eine / mehrere der folgenden Erkrankungen bekannt bzw. schon einmal vorgekommen?

Nein  
 Schilddrüsenfunktionsstörung  Diabetes  hoher Blutdruck  
 Thrombose (Blutgerinnsel)  Lungenembolie  Varizen (Krampfadern)  
 Migräne  Andere, und zwar: .....

Kommen folgende Erkrankungen in Ihrer Familie vor?

Schlaganfall: wer: .....  Herzinfarkt: wer: .....  
 Thrombose: wer: .....  Lungenembolie: wer: .....  
 Diabetes: wer: .....  Brustkrebs: wer: .....  
 Unterleibskrebs: wer: .....  
 andere Krebsarten: wer und was: .....  
 angeborene Fehlbildungen: wer und was: .....  
 Chromosomenstörungen (z.B. Down-Syndrom): wer und was: .....

Wer ist Ihr Hausarzt? .....

Was sind Sie von Beruf? .....

Wie sind Sie auf unser Praxiszentrum aufmerksam geworden? .....