Fragebogen zur medizinischen Vorgeschichte

Liebe Patientin,

damit ich mir ein möglichst gutes, stimmiges und umfangreiches Bild von Ihnen machen kann, möchte ich Sie bitten, einige Angaben **bereits vor unserer Konsultation** zu machen Teil 1. Manche Fragen können befremdlich oder sehr persönlich wirken. Die Antworten unterstützen mich in meinem ganzheitlichen und interdisziplinären Ansatz. Weitere Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihren Vorerkrankungen werden wir während der Konsultation gemeinsam durchgehen Teil 2. Bitte drucken sie den kompletten Fragebogen aus. Vielen Dank.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name/Vorname |  | Datum |  |

|  |
| --- |
| **Teil 1** |

Im ersten Abschnitt möchte ich Sie nun um einige Angaben **VOR** Ihrer Konsultation bei mir bitten.

| Allgemeines |
| --- |
| Geburtsdatum |  |
| Geburtsuhrzeit |  |
| Geburtsort |  |
| Kalendarisches Alter - wie alt sind Sie gemäss Geburtsurkunde? |  |
| Gefühltes Alter - wie alt fühlen Sie sich? |  |
| Ausbildung |  |
| Aktuelle berufliche Tätigkeit oder Studentin, arbeitslos, pensioniert, IV Bezügerin, Hausfrau |  | Pensum in % |  |
| Zufriedenheit am Arbeitsplatz  | 🞎 | gar nicht | 🞎 | mässig | 🞎 | gut | 🞎 | sehr gut |
| Familienstand |  |
| Religion |  | 🞎 | passiv | 🞎 | aktiv |
| E-Mail Adresse |  |

|  |
| --- |
| Lebensstil |
| Ernährung | 🞎 | alles | 🞎 | vegetarisch | 🞎 | vegan | 🞎 | sonstiges |  |
| Nahrungsmittelintoleranz |  |
| Lebensstil Fortsetzung |
| Allergien |  |
| Sportart |  | Std. pro Woche |  |
| Gewicht  |  | kg | Wunschgewicht |  | kg |
| Rauchen |  | Anzahl pro Tag |
| Alkohol |  | Gläser pro Tag |
| Schlafdauer |  | Std. pro Nacht |
| Schlafqualität | 🞎 | schlecht | 🞎 | mässig | 🞎 | gut | 🞎 | sehr gut |
| Hilfsmittel: Seh-, Hör- oder Gehhilfe |  |
| Hobbies |  |
| Interessen: passiv und/oder aktiv |  |
| Aufgabe im Leben: was, glauben Sie, ist Ihre Bestimmung im Leben? |  |
| Vermutetes Alter bei Tod: wie alt, denken Sie, werden Sie? |  |
| Vermutete Todesursache: woran, denken Sie, werden Sie sterben? |  |

|  |
| --- |
| Corona-Impfung |
| 1. Gabe | Datum |  | Impfstoff |  |
| 2. Gabe | Datum |  | Impfstoff |  |
| 3. Gabe | Datum |  | Impfstoff |  |

|  |
| --- |
| Aktuelle Medikation |
| Name | Indikation | Dosierung |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Anmerkungen:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Abführmittel | 🞎 | nie | 🞎 | manchmal | 🞎 | häufig | 🞎 | täglich |
| Appetitzügler | 🞎 | nie | 🞎 | manchmal | 🞎 | häufig | 🞎 | täglich |
| Beruhigungsmittel | 🞎 | nie | 🞎 | manchmal | 🞎 | häufig | 🞎 | täglich |
| Schlaftabletten | 🞎 | nie | 🞎 | manchmal | 🞎 | häufig | 🞎 | täglich |
| Schmerzmittel | 🞎 | nie | 🞎 | manchmal | 🞎 | häufig | 🞎 | täglich |
| Antihistaminika | 🞎 | nie | 🞎 | manchmal | 🞎 | häufig | 🞎 | täglich |

|  |
| --- |
| Eigen- / Familien (Kinder, Geschwister, Eltern, Grosseltern, Tanten, Onkel) - Vorgeschichte |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Krankheit / Organ | Eigene Vorgeschichte | Kommt familiär vor |
| Herzkreislauf |
| Hoher Blutdruck | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Schlaganfall | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Herzinfarkt | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Thrombose | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Lungenembolie | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Krampfadern (Varikosis) | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Asthma | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Schlafapnoe | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Sonstiges |  |  |
| Bauchorgane |
| Leber und Galle | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Magen-Darmtrakt | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Nieren-/Harnleiter | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Urininkontinenz | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Stuhlinkontinenz | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Blähungen | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Reflux | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Krankheit / Organ | Eigene Vorgeschichte | Kommt familiär vor |
| Verstopfung | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Stoffwechsel / veränderte Laborwerte |
| Diabetes | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Schilddrüse | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Blutarmut / Anämie | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Blutfette / Cholesterin | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Leber und Galle | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Sonstiges |  |  |
| Haut und Haare |
| Zunahme Körper- undGesichtsbehaarung | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Haarausfall | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Akne | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Schuppenflechte (Psoriasis) | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Neurodermitis | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Sonstiges |  |  |
| Muskelerkrankung | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Sonstiges |  |  |
| Krebs | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Betroffenes Organ |  |  |  |  |  | Jahr |  |
| Betroffenes Organ |  |  |  |  |  | Jahr |  |
| Nerven und Gedächtnis |
| Schwindel | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Epilepsie | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Kopfschmerzen/Migräne | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Krankheit / Organ | Eigene Vorgeschichte | Kommt familiär vor |
| Schlafstörungen | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Depression | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Psychose | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Essstörungen | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Sonstiges |  |  |  |  |
| Rheumatologie |
| Rheumatoide Arthritis | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Arthrose | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Osteoporose | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Fibromyalgie | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Sonstiges |  |  |
| Infektionen |
| Häufige Erkältungen | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| COVID-19 | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Gürtelrose (Herpes Zoster) | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Herpes(HSV) oral/genital | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Epstein-Barr-Virus (EBV) | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Zytomegalievirus (CMV) | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| HIV | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Hepatitis B/C | 🞎 | Nein | 🞎 | Ja, im Moment | 🞎 | Ja, früher | 🞎 |
| Sonstiges |  |  |

Anmerkungen:

|  |
| --- |
| Operationen |
| Jahr | Operation |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Anmerkungen:

|  |
| --- |
| Frauensachen |
| Erste Periode im Leben (Menarche) (Alter) |  |
| Datum der letzten Periode |  |
| Geschlechtsverkehr | 🞎 | regelmässig | 🞎 | unregelmässig | 🞎 | kein |
| Schmerzen beim Geschlechtsverkehr | 🞎 | ja | 🞎 | nein |

|  |
| --- |
| Schwangerschaften |
| Jahr | Bitte alles zutreffende ankreuzen |
|  | 🞎 | Geburt | 🞎 | Fehlgeburt | 🞎 | Abbruch | 🞎 | Künstliche Befruchtung | 🞎 | Mehrlinge |
|  | 🞎 | Geburt | 🞎 | Fehlgeburt | 🞎 | Abbruch | 🞎 | Künstliche Befruchtung | 🞎 | Mehrlinge |
|  | 🞎 | Geburt | 🞎 | Fehlgeburt | 🞎 | Abbruch | 🞎 | Künstliche Befruchtung | 🞎 | Mehrlinge |
|  | 🞎 | Geburt | 🞎 | Fehlgeburt | 🞎 | Abbruch | 🞎 | Künstliche Befruchtung | 🞎 | Mehrlinge |

Anmerkungen:

|  |
| --- |
| Schwangerschaftsverhütung (Kontrazeption) |
| Typ | jetzt | früher | Verträglichkeit |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Anmerkungen:

|  |
| --- |
| **Teil 2** |

Den folgenden Abschnitt gehen wir gemeinsam bei Ihrer Konsultation durch. Diesen können Sie jetzt freilassen.

|  |
| --- |
| Reproduktives Stadium (STRAW+10) |

|  |
| --- |
| Reproduktive Phase |
| Früh |  |
| Maximal |  |
| Spät |  |
| Menopausale Transition |
| Früh |  |
| Spät |  |
| **Menopause (Jahr)** |  |
| Normal (45-55 Jahre) |  |
| Spät (> 55 Jahren) |  |
| Früh (< 45 Jahren) |  |
| Prämature Ovarialinsuffizienz (< 40 Jahren) |  |
| **Postmenopause** |  |

Anmerkungen:

|  |
| --- |
| Blutungsprofil gemäss FIGO System |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kategorie | Normal | Pathologisch | Beurteilung |
| Frequenz |  | Amenorrhoe |  |
|  | Häufig (< 24 Tage) |  |
| Normal (24-38 Tage) |  |  |
|  | Selten (> 38 Tage) |  |
| Dauer |  | Verlängert (> 8 Tage) |  |
| Normal (≤ 8 Tage) |  |  |
| Regelmässigkeit | Normale Variation (≤ 9 Tage) |  |  |
|  | Irregulär (≥ 10 Tage) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Kategorie | Normal | Pathologisch | Beurteilung |
| Blutvolumen |  | Stark (keine Volumenangabe, aber subjektiv bio-psycho-soziale QoL beeinträchtigend) |  |
| normal |  |  |
|  | leicht |  |
| Intermenstruelle Blutung (= Blutung zwischen 2 regulären Periodenstarts) | nein |  |  |
|  | Zufällig (nicht vorhersehbar) |  |
|  | Zyklisch (vorhersehbar): früh-, mitt-, spätzyklisch |  |
| Ungeplante Blutung während einer Hormontherapie | Nicht anwendbar, da keine Hormontherapie |  |  |
| Nein |  |  |
|  | Ja |  |

Anmerkungen:

|  |
| --- |
| Blutungsstörung (AUB) gemäss FIGO: P A L M – C O E I N |

|  |
| --- |
| Dysmenorrhoe: primär/sekundär |
| Schweregrad | Beurteilung |
| **Grad 0**: keine Dysmenorrhoe, keine Beeinträchtigung der Tagesaktivität oder Arbeitsfähigkeit, keine vegetativen Symptome, kein Analgesiebedarf. |  |
| **Grad 1**: leichte Dysmenorrhoe, selten Beeinträchtigung der Tagesaktivität oder Arbeitsfähigkeit, keine vegetativen Symptome, selten Analgesiebedarf. |  |
| **Grad 2**: moderate Dysmenorrhoe, Beeinträchtigung der Tagesaktivität oder Arbeitsfähigkeit, wenig vegetative Symptome, meist Analgesiebedarf, Analgetika therapeutisch erfolgreich. |  |
| **Grad 3**: starke Dysmenorrhoe, deutliche Beeinträchtigung der Tagesaktivität oder Arbeitsfähigkeit, ausgeprägte vegetative Symptome, Analgesiebedarf, Analgetika therapeutisch nicht/wenig erfolgreich. |  |

Anmerkungen:

Vorsorgeuntersuchungen

|  |
| --- |
| Prämenstruelles Syndrom seit (Jahr) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Symptom | Start am ... Zyklustag | Dauer in Tagen |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Anmerkungen:

Endometriose, wenn ja Stadium: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| Vorsorgeuntersuchungen |

|  |  |
| --- | --- |
| Vorsorgeuntersuchung | Datum (Jahr) |
| PAP Abstrich |  |
| HPV Abstrich |  |
| Mammographie |  |
| Mammasonographie |  |
| Glukose i.S. |  |
| Lipidprofil i.S. |  |
| DXA |  |
| Augeninnendruck |  |
| Darmkrebsvorsorge (FOBT/Koloskopie) |  |
| Hautkrebsscreening |  |

Anmerkungen:

Bitte bringen Sie den Fragebogen zu Ihrer Konsultation mit.

VIELEN DANK

|  |
| --- |
| InselspitalUniversitätsklinik für FrauenheilkundeCH-3010 BernTelefon +41 31 632 10 10www.frauenheilkunde.insel.ch |
|  |
|  |
|  |