

Anamneseblatt

Alter: _____ J, Größe: _____ m, Gewicht: _____ kg

Handy-/Telefonnummer Frau: _____

Handy-/Telefonnummer Partner*in: _____

<p>REGELBLUTUNG: Erste Regelblutung kam im Alter von: _____ Jahren</p> <p>In welchem Abstand (alle wieviel Tage) bekommen Sie Ihre Regelblutung? _____ Tage Wie lange dauert Ihre Blutung? _____ Tage</p> <p>Blutungsstärke: <input type="checkbox"/> schwach <input type="checkbox"/> mittel (normal) <input type="checkbox"/> stark</p> <p>Regelschmerzen: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> stark</p>	<p>VERHÜTUNG: Wie und wie lange haben Sie in der Vergangenheit verhütet?</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Verhütungsmethode</th> <th>von</th> <th>bis</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Pille/ Verhütungsring:</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hormonspirale / <input type="checkbox"/> Kupferspirale</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>andere:</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>KREBSVORSORGEUNTERSUCHUNG: Wann war ihr letzter Krebsvorsorgeabstrich? _____ - Das Ergebnis war: <input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> auffällig wann _____ <input type="checkbox"/> HPV (humane Papillomaviren) positiv</p>	Verhütungsmethode	von	bis	Pille/ Verhütungsring:			<input type="checkbox"/> Hormonspirale / <input type="checkbox"/> Kupferspirale			andere:		
Verhütungsmethode	von	bis											
Pille/ Verhütungsring:													
<input type="checkbox"/> Hormonspirale / <input type="checkbox"/> Kupferspirale													
andere:													
<p>GYNÄKOLOGISCHE OPERATIONEN:</p> <p><input type="checkbox"/> Ausschabung wann _____ wo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Gebärmutter-Spiegelung wann _____ wo _____</p> <p><input type="checkbox"/> Bauch-Spiegelung wann _____ wo _____</p>	<p>GYNÄKOLOGISCHE INFEKTIONEN:</p> <p><input type="checkbox"/> Eileiterentzündung wann _____ <input type="checkbox"/> Chlamydieninfektion wann _____ <input type="checkbox"/> Genitalwarzen wann _____ <input type="checkbox"/> Andere _____ wann _____</p> <p>GYNÄKOLOGISCHE ERKRANKUNGEN:</p> <p><input type="checkbox"/> Endometriose <input type="checkbox"/> Eierstockzysten <input type="checkbox"/> Myome <input type="checkbox"/> PCO-Syndrom <input type="checkbox"/> andere: _____</p>												

VORANGEGANGENE SCHWANGERSCHAFTEN:

Jahr	Geburt	Kaiser-schnitt	Fehl-geburt	Schwangerschafts-abbruch	Eileiter-schwangerschaft	Aktueller Partner	Besonderheiten/Schwangerschaftswoche
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

SEXUAL-ANAMNESE:

Haben Sie sexuelle Kontakte: Nein Ja

Wie erleben Sie Ihre sexuellen Kontakte? negativ neutral positiv

Wie häufig haben sie Geschlechtsverkehr? ca. ____x pro Woche / ca. ____x im Monat
 nur um den Eisprung herum gar nicht

Bestehen Probleme beim Geschlechtsverkehr? Nein Ja falls ja, welche?: _____

<p>Frau:</p> <p><input type="checkbox"/> Libidoverlust <input type="checkbox"/> Trockenheit der Scheide <input type="checkbox"/> Verkrampfung der Scheide <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Geschlechtsverkehr <input type="checkbox"/> Orgasmusstörungen <input type="checkbox"/> Anderes: _____</p>	<p>Partner:</p> <p><input type="checkbox"/> Libidoverlust <input type="checkbox"/> Erektionsstörungen <input type="checkbox"/> Ejakulationsstörungen <input type="checkbox"/> Schmerzen beim Geschlechtsverkehr <input type="checkbox"/> Orgasmusstörungen <input type="checkbox"/> Anderes: _____</p>
--	---

Wirkt sich der Kinderwunsch auf ihr Sexualleben aus (bei Kinderwunsch)? Nein Ja

