



<h2 style="margin: 0;">Fragebogen vor operativen Eingriffen</h2>	Name:
	Vorname:
	geboren am:
Datum:	

**Überweisung**

ÜW von: <i>Wer ist Ihr Frauenarzt?</i>	
Befunde <i>Was haben Sie mitgebracht?</i>	

**Anamnese**

JA <i>Welche Beschwerden haben Sie, warum stellen Sie sich hier vor?</i>	
---	--

<b>GA</b> <i>gynäkologische Anamnese</i>	<b>Gravida</b> <i>Waren Sie schon schwanger?</i> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Anzahl	<b>Para</b> <i>Haben Sie schon geboren?</i> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Anzahl
<b>Geburten</b> <i>Bitte ankreuzen + angeben wann, wo, ggf. Komplikationen</i>		
<input type="radio"/> normale Spontangeburt <span style="margin-left: 200px;"><input type="radio"/> primäre Sectio <i>Kaiserschnitt stand von vornherein fest warum durchgeführt?</i></span>		
<input type="radio"/> Vakuumentzug („Saugglocke“) <span style="margin-left: 200px;"><input type="radio"/> sekundäre Sectio <i>erst normale Geburt begonnen, dann Entscheidung zum Kaiserschnitt, warum, bei welcher Muttermundweite</i></span>		
<input type="radio"/> Forceps („Zange“) <span style="margin-left: 200px;"></span>		
<input type="radio"/> Beckenendlage (BEL) vaginal <span style="margin-left: 200px;"></span>		
<b>Schwangerschaftsabbrüche</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Anzahl, wann, wo		
<b>Aborte</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Anzahl, wann, wo, <i>Schwangerschaftswoche = SSW          Kürettage erfolgt?</i>		
<b>Regel:</b>	<b>Menarche</b> <i>In welchem Alter erste Regelblutung?</i>	<b>Letzte Regel</b> <i>Wann zuletzt (erster Tag)</i>
	<b>Abstand</b> <i>in Tagen, vom 1.Tag bis 1.Tag, einschließlich Blutung</i>	<b>Dauer</b> <i>in Tagen</i>



Pille <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: aktuell welche	Spirale <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, aktuell welche, seit wann	Hormonersatztherapie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, aktuell welche, seit wann
Gyn. OPs (außer den bereits oben angegebenen Schwangerschaften) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: wann, welche, wo		
Krebsvorsorgeabstrich    regelmäßig?    auffällig? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wann zuletzt, wo <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Befund:		
SA Beruf, aktuelle Tätigkeit		

**EA**

nichtgynäkologische OPs <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: wann, welche, wo			
Erkrankungen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: welche, seit wann, durch wen betreut			
Medikamente <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: welche, Dosierung			
Biometrie	Größe:                      cm	Gewicht:                      kg	BMI
Blutgruppe A / B / AB / 0, Rhesus positiv / negativ	<input type="radio"/> ist mir nicht bekannt <input type="radio"/> ist mir bekannt: <input type="radio"/> habe ich zu Hause, wird nachgereicht (zur OP mitgebracht)		



**Risikofaktoren**

<p>Allergien <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, welche:</p>			
<p>Nikotin <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Zigaretten pro Tag:</p>			
<p>Thromboserisiko erhöht <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, weil:</p>	<table border="1"><tr><td><p><input type="radio"/> Besenreiser <input type="radio"/> Varizen (Krampfadern) <i>rechts / links / beidseits, Oberschenkel / Unterschenkel</i></p><p><input type="radio"/> Z.n. Varizen-OP <i>wann, rechts / links / beidseits</i></p></td><td><p><input type="radio"/> selbst Z.n. Thrombose <i>wann, nach OP oder Trauma?</i></p><p><input type="radio"/> familiäre Belastung <i>wer: Thrombosen, Embolien, Gerinnungsstörung</i></p></td></tr></table>	<p><input type="radio"/> Besenreiser <input type="radio"/> Varizen (Krampfadern) <i>rechts / links / beidseits, Oberschenkel / Unterschenkel</i></p> <p><input type="radio"/> Z.n. Varizen-OP <i>wann, rechts / links / beidseits</i></p>	<p><input type="radio"/> selbst Z.n. Thrombose <i>wann, nach OP oder Trauma?</i></p> <p><input type="radio"/> familiäre Belastung <i>wer: Thrombosen, Embolien, Gerinnungsstörung</i></p>
<p><input type="radio"/> Besenreiser <input type="radio"/> Varizen (Krampfadern) <i>rechts / links / beidseits, Oberschenkel / Unterschenkel</i></p> <p><input type="radio"/> Z.n. Varizen-OP <i>wann, rechts / links / beidseits</i></p>	<p><input type="radio"/> selbst Z.n. Thrombose <i>wann, nach OP oder Trauma?</i></p> <p><input type="radio"/> familiäre Belastung <i>wer: Thrombosen, Embolien, Gerinnungsstörung</i></p>		
<p>Weitere Informationen für den Arzt</p>			

**Postoperativ**

<p>Meine Abholung: <i>Name, (Mobil-) Telefon</i></p>	
<p>Mein Aufenthaltsort in den ersten 24h nach einer ambulanten OP: <i>Straße, Nr., PLZ, Ort, Telefon</i></p>	

Datum:

Unterschrift: