

IHR WOHLBEFINDEN IST UNS WICHTIG!

Datum

Bitte beantworten Sie uns einige Fragen, damit wir Sie optimal beraten können.

● FRAGEN ZUR PERSON:

Name

Alter

Derzeitige Tätigkeit

● BESTEHEN BEI IHNEN ODER BEI IHRER FAMILIE VORERKRANKUNGEN ODER RISIKEN?

(z. B. Thrombose, Diabetes, Migräne, Bluthochdruck, Rauchen)

☐ Nein

☐ Ja, folgende:

● NEHMEN SIE REGELMÄSSIG MEDIKAMENTE EIN?

☐ Nein

☐ Ja, folgende:

● FRAGEN ZUR PERIODE:

Wie viele Blutungstage umfasst Ihre Periode?

☐ 1-2 Tage

☐ 3-4 Tage

☐ 5-6 Tage

☐ Länger

Wie ist die Blutungsintensität Ihrer Periode an den stärksten Tagen?

(normal = Tampon-/Vorlagenwechsel alle 4-6 Stunden)

☐ Leicht

☐ Normal

☐ Stark

☐ Sehr stark

Haben Sie Schmerzen während Ihrer Periode?

☐ Nein

☐ Ja

Haben Sie Zwischenblutungen?

☐ Nein

☐ Ja

● FRAGEN ZUR VERHÜTUNG:

Planen Sie, (erneut) schwanger zu werden?

☐ Nein

☐ Ja

Wie verhüten Sie momentan?

☐ Pille

☐ Verhütungsring

☐ 3-Monatsspritze

☐ Kupferspirale

☐ Hormonspirale

☐ Verhütungspflaster

☐ Andere Verhütungsmethode

☐ Keine Verhütung

Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer derzeitigen Verhütungsmethode?

☐ Zufrieden

☐ Unzufrieden, weil:

Interessiert an Alternativen?

☐ Ja

☐ Nein

● FRAGEN ZUM WOHLBEFINDEN:

Hat sich Ihr Schlaf verändert?

☐ Ja

☐ Nein

Erleben Sie Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit?

☐ Ja

☐ Nein

Fühlen Sie sich körperlich erschöpft?

☐ Ja

☐ Nein

Hat sich Ihr sexuelles Verlangen verändert?

☐ Ja

☐ Nein

Gibt es Probleme beim Wasserlassen (häufiger Harndrang)?

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie Beschwerden beim Geschlechtsverkehr (Schmerzen, Trockenheit, Brennen)? ...

☐ Ja

☐ Nein

Hat sich Ihre Haarstruktur verändert?

☐ Ja

☐ Nein

Beobachten Sie Gewichtsveränderungen?

☐ Ja

☐ Nein

Haben Sie Gelenk- und Muskelbeschwerden?

☐ Ja

☐ Nein

Beobachten Sie Nachtschweiß oder Schweißausbrüche?

☐ Ja

☐ Nein