

## Anamnesebogen operative Gynäkologie

Bitte möglichst vollständig ausfüllen

### Was ist der Grund für Ihren Besuch?

- Myome
- Endometriose
- Senkungsbeschwerden
- Inkontinenz
- Zysten
- Kinderwunsch
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Haben Sie regelmäßig Bauchschmerzen?

- Wo sind die Schmerzen im Bauch? \_\_\_\_\_
- Stärke der Schmerzen (von 0-10) \_\_\_\_\_

- Ja    Nein  
 links    rechts    mittig

### Schmerzen in Abhängigkeit der Regelblutung

- Stärke der Schmerzen (von 0-10) \_\_\_\_\_

- Ja    Nein

### Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr?

- Ja    Nein

### Leiden Sie unter Blutungsstörungen?

- Sehr starke Menstruation
- Sehr lange Menstruation (über 10 Tage)
- Sehr schwache Menstruation
- Zusatz- und Zwischenblutungen
- Blutung nach der Menopause (wenn länger als 1 Jahr keine Menstruation erfolgt ist)

- Ja    Nein

### Sind Sie schon in der Menopause?

- Alter bei letzter Periode \_\_\_\_\_

- Ja    Nein

Wann war Ihre letzte Regelblutung? \_\_\_\_ Tag | \_\_\_\_ Monat | \_\_\_\_ Jahr

Ein normaler Zyklus dauert 28 Tage (vom 1. Tag der Blutung bis zum nächsten 1. Tag der Blutung). **Wie lange dauert Ihr Zyklus normalerweise?** \_\_\_\_ Tage

### Haben Sie Beschwerden beim Wasserlassen?

- Ja    Nein

### Leiden Sie unter unwillkürlichem Urinverlust?

- Beim Husten | Niesen | Lachen | schweren Heben
- Beim Gehen | Treppensteigen | leichten Heben
- In Ruhe | im Liegen

- Ja    Nein

**Haben Sie Beschwerden beim Stuhlgang?**  Ja  Nein

**Liegt bei Ihnen eine Senkung der Organe vor?  
(Druck- bzw. Fremdkörpergefühl)**  Ja  Nein

- Haben Sie bisher einen Pessar verwendet?  Ja  Nein

**Leiden Sie unter Vorerkrankungen?**  Ja  Nein

- Bluthochdruck
- Diabetes Mellitus
- Schilddrüse  Überfunktion  Unterfunktion  Hashimoto
- Sonstiges \_\_\_\_\_

**Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?**  Ja  Nein

- Blutdrucksenkende Medikamente \_\_\_\_\_
- Blutverdünnende Medikamente \_\_\_\_\_
- Schilddrüsenhormone \_\_\_\_\_
- Sonstige Medikamente \_\_\_\_\_

**Wurden Sie schon einmal operiert?**  Ja  Nein

- Gebärmutterentfernung
  - Durch die Scheide
  - Über einen Bauchschnitt
  - Über eine Bauchspiegelung
- Entfernung der Eierstöcke
  - Einseitig  rechts  links
  - Beidseitig
- Entfernung der Eileiter
  - Einseitig  rechts  links
  - Beidseitig
- Eierstock- oder Eileiteroperation
- Myom
  - Über einen Bauchschnitt
  - Über eine Bauchspiegelung
  - Von der Scheide aus
- Harninkontinenz Operation
- Operation wegen Gebärmuttersenkung
- Mandeln
- Schilddrüsenoperation
- Blinddarm
- Gallenblase
- Leistenbruch  rechts  links
- Nabelbruch
- Darmoperation
- Andere Operationen \_\_\_\_\_

**Leiden Sie an Allergien / Überempfindlichkeitsreaktionen?**  Ja  Nein

Latex

Medikamente \_\_\_\_\_

Nahrungsmittel \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

**Anzahl Schwangerschaften** \_\_\_\_ | **Anzahl Geburten** \_\_\_\_ (davon Kaiserschnitte \_\_\_\_)

**Schwangerschaftsverhütende Maßnahmen:**

Pille  Spirale ( Kupfer /  Hormonspirale)  Kondome  Sonstige \_\_\_\_\_

**Besteht bei Ihnen Kinderwunsch?**

Ja  Nein  perspektivisch

**Gibt es Krebserkrankungen in Ihrer Familie (Eltern, Geschwister oder Kinder)?**  Ja  Nein

Wenn ja, welche und bei wem:

\_\_\_\_\_  
**Wann waren Sie zuletzt bei einem Gynäkologen?** \_\_\_\_ Monat \_\_\_\_ Jahr

**War der Abstrich beim Gynäkologen unauffällig?**

Ja  Nein

**Besteht aktuell die Möglichkeit einer Schwangerschaft?**

Ja  Nein

**Welchen Beruf üben oder übten Sie aus?** \_\_\_\_\_

**Ihre Körpergröße** \_\_\_\_\_ cm | **Ihr aktuelles Gewicht** \_\_\_\_\_ kg

Falls ein/e nächste/r Angehörige/r oder eine Vertrauensperson nach einer Operation telefonisch von uns über den OP-Verlauf informiert werden soll, geben Sie bitte den Namen und die Telefonnummer an:

\_\_\_\_\_

**Haben Sie eine Patientenverfügung?**

Ja  Nein

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben:**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift Patientin: \_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt: \_\_\_\_\_

## Fragebogen Blutgerinnung

Patientenetikett

oder

Name, Vorname  
Geburtsdatum

*Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,*

wir möchten anhand einiger Fragen feststellen, ob bei Ihnen eventuell **Anzeichen** für eine bislang unerkannte **Blutgerinnungsstörung** vorliegen. Dazu bitten wir Sie, den folgenden Fragebogen gewissenhaft zu beantworten. In vielen Fällen ist *keine* Laboruntersuchung des Blutes vor einer Anästhesie notwendig.

Fragen	Ja	Nein
1. Ist bei Ihnen jemals eine Blutgerinnungsstörung oder Thrombose festgestellt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Gibt oder gab es in Ihrer Familie Fälle von Blutgerinnungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hatten Sie im letzten Jahr eine auffällige Blutgerinnungsuntersuchung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten oder haben Sie		
4. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ vermehrt Nasenbluten?</li> <li>▪ häufig blaue Flecken oder punktförmige Blutungen?</li> <li>▪ Gelenkblutungen, Blutungen in Weichteile oder Muskeln?</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Traten bei Ihnen schon einmal nach Verletzungen (z.B. Schnittwunden, Schürfwunden, beim Rasieren) oder nach Operationen längere oder verstärkte Nachblutungen auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Haben Sie im Rahmen einer Operation bereits einmal Blut- / Gerinnungsprodukte erhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Heilen Ihre Wunden schlecht ab (auch ohne Infektion)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen / nahmen Sie in letzter Zeit Medikamente zur „Blutverdünnung“ ein?		
8. <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Hemmung der Blutplättchen (z.B. Aspirin<sup>®</sup>, ASS, Plavix<sup>®</sup>, Iscover<sup>®</sup>, Brilique<sup>®</sup>, Efixent<sup>®</sup>)</li> <li>▪ neue Antikoagulantien (z.B. Pradaxa<sup>®</sup>, Xarelto<sup>®</sup>, Eliquis<sup>®</sup>)</li> <li>▪ Cumarinderivate (z.B. Marcumar<sup>®</sup>, Falithrom<sup>®</sup>)</li> <li>▪ andere Gerinnungs- / Rheumamedikamente (Thomapyrin<sup>®</sup>, Diclofenac, Voltaren<sup>®</sup>, Ibuprofen<sup>®</sup>)</li> </ul>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Bekommen Sie Thrombosespritzen? (z.B. Fragmin <sup>®</sup> , Heparin, Mono-Embolex <sup>®</sup> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Frauen: Ist oder war Ihre Regelblutung verstärkt oder verlängert (> 7 Tage)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum	Unterschrift Patient
-------	----------------------

- Quellen:
- Koscielny J. et al. Hämostaseologie 27, 177–184 (2007)
  - Pfanner G. et al. Anaesthesist 56, 604–611 (2007)
  - Schäfer S., Bayer, A., Grujic K. Erhebungsbogen Blutgerinnungsstörung LMU München (2018)