



ENGLISCH/ENGLISH

11. Gynäkologische Beschwerden - *gynecological disorder*

SEIT WANN HABEN SIE DIESE BESCHWERDEN ZUR ZEIT?

SINCE WHEN DO YOU EXPERIENCE THE DISCOMFORT

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Please mark the relevant.
<input type="checkbox"/> ein paar Stunden	<i>A few hours</i>
<input type="checkbox"/> 1 Tag	<i>1 day</i>
<input type="checkbox"/> 2 bis 6 Tage	<i>2 to 6 days</i>
<input type="checkbox"/> über 1 Woche	<i>More than 1 week</i>
<input type="checkbox"/> 1 Monat	<i>1 month</i>
Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zur Zeit zutrifft.	Please mark what currently applies to you.

JA/ YES NEIN/
NO

Beschwerden oder Schwierigkeiten beim Stuhlgang	<i>Difficulties defecating.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschwerden oder Schwierigkeiten beim Wasserlassen. Wenn ja, welche?	<i>Difficulties urinating. If so, which one?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brennen beim Wasserlassen.	<i>Burning perception while urinating.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wasserlassen nicht möglich	<i>Urination not possible.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urin rot/blutig	<i>Red/ bloody urine.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allgemeine Menstruationsbeschwerden	<i>General menstruation disorder.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Menstruationsblutung mit Schmerzen	<i>Menstruation with a lot of pain.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probleme beim Stillen des Kindes	<i>Problems breastfeeding my child.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr	<i>Pain during coitus.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schmerzen der Brüste	<i>Pain in the breasts.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Knoten in der Brust	<i>Nodes in the breast.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausfluss aus der Brustwarze	<i>Efflux from the nipple.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



vaginaler Ausfluss	Vaginal efflux.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie ist der vaginale Ausfluss?	If so, how do you describe the vaginal efflux?		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Please mark the relevant.		
<input type="checkbox"/> gelb	yellow		
<input type="checkbox"/> blutig	bloody		
<input type="checkbox"/> übelriechend	Smelling bad		
Wann war der erste Tag ihrer letzten Menstruationsblutung?	When was the first day of your monthly menstruation?		
<input type="checkbox"/> heute	today		
<input type="checkbox"/> vor 1 bis 5 Tagen	1 to 5 days		
<input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 3 Wochen	Within the last three weeks		
<input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Monat	More than 1 month ago		
<input type="checkbox"/> vor mehr als 6 Monaten	More than 6 months ago		
<input type="checkbox"/> noch nie	Never		
		Ja/ Yes	Nein/ No
vaginaler Juckreiz oder Brennen	Vaginal itchiness or burning.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in den Wechseljahren.	I am in my menopause/ climacteric period.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits die Wechseljahre.	I already passed my menopause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?	Does the possibility of pregnancy exist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?	Do you have frequent sexual interaction?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte noch nie Geschlechtsverkehr.	I never had sex.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten Sie?	Do you use protection?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	If so:		
Hormonell (z.B. Anti-Baby-Pille)	Hormonal (birth control pill)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondome	condoms	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Zyklus regelmäßig?	Is your menstruation cycle frequent?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Sie schon einmal schwanger?	Have you been pregnant before?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kinder?	Do you have children?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Wenn ja, wie viele? Bitte markieren Sie die Anzahl Ihrer Kinder mit Kreuzen in den Kästchen.

□□□□□□□□□□□□□□□□

If so, please mark the mark number of children in the boxes. □□□□□□□□□□□□□□□□

Gab es bei einer oder mehreren Geburten Komplikationen?

Have there been one or more birth complications?

☐☐

Hatten Sie schon einmal einen medikamentösen oder operativen Schwangerschaftsabbruch?

Did you already have a medicamentous or surgical abortion?

☐☐

Haben Sie mal ein Kind während der Schwangerschaft verloren?

Have you lost a child during a pregnancy due to complications?

☐☐

WIE SIND IHRE KINDER ZUR WELT GEKOMMEN?

HOW WERE YOUR CHILDREN BORN?

☐ normal

normal

☐ per Kaiserschnitt

Surgical operation

Wie alt ist ihr Kind oder sind Ihre Kinder? Wenn Sie mehrere Kinder haben, können Sie mehrere Antworten ankreuzen.

How old are your children? If you have more than one you can mark more answers.

☐ unter 1 Jahr

Under one year

☐ zwischen 1 und 3 Jahren

Between 1 and 3 years

☐ über 3 Jahre

More than three years

Hatten Sie schon einmal eine Operation an einem der folgenden Organe? Wenn ja, bitte ankreuzen.

Did you already have surgery on one of the following organs? If so, please mark the fitting.

☐ Gebärmutter

Uterus/womb

☐ Eierstöcke

Ovary

☐ Brüste

Breasts

☐ Darm

Intestine

☐ Blinddarm

Appendix

☐ Gallenblase

Gall bladder

☐ anderes Bauchorgan

Other abdominal organ

Sind in Ihrer Familie eine oder mehrere der folgenden Krankheiten bekannt? Bitte Zutreffendes ankreuzen.

Is one of the following diseases in your family established/known? Please mark the relevant.

☐ Diabetes mellitus

Diabetes mellitus (Blood sugar disease)

☐ Bluthochdruck

High blood pressure



- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Missbildungen | <i>deformation</i> |
| Bösartige Erkrankung an einem der folgenden Organe: | <i>Malignant disease on one of the following organs:</i> |
| <input type="checkbox"/> Brust | <i>Breasts</i> |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutter | <i>Uterus/ womb</i> |
| <input type="checkbox"/> Gebärmutterhals | <i>Neck of uterus</i> |
| <input type="checkbox"/> Eierstöcke | <i>Ovary</i> |
| <input type="checkbox"/> Darm | <i>Intestine</i> |
| <input type="checkbox"/> sonstige Organe | <i>Other organs</i> |
| <input type="checkbox"/> Thrombose | <i>Thromobsis</i> |
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie | <i>Pulmonary embolism</i> |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung | <i>Blood coagulation disorder</i> |
| Wann waren Sie das letzte Mal beim Frauenarzt? | <i>When was the last time you consulted a gynecological physician?</i> |
| <input type="checkbox"/> noch nie | <i>Never</i> |
| <input type="checkbox"/> im letzten Jahr | <i>In the last year</i> |
| <input type="checkbox"/> in den letzten 5 Jahren | <i>In the last 5 years</i> |
| <input type="checkbox"/> vor mehr als 5 Jahren | <i>More than 5 years</i> |

Schwangerschaft

Pregnancy

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gibt es irgendwelche Dokumente über Ihre Schwangerschaft? Wenn ja, zeigen Sie sie bitte dem Arzt. | <i>Do you have any documents reporting your pregnancy? If so, please show them tot he physician</i> |
| <input type="checkbox"/> In welcher Schwangerschaftswoche sind Sie? Bitte markieren Sie die Anzahl der Schwangerschaftswochen mit Kreuzen in den Kästchen.

□□□□□□□□□□□□□□□□...□

_____ | <i>How long are you pregnant for? Please mark the number of weeks in the boxes.</i>

□□□□□□□□□□□□□□□□...□

_____ |
| Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. | <i>Please mark the relevant.</i> |
| <input type="checkbox"/> Welche Blutgruppe haben Sie? | <i>Which bloodgroup do you have?</i> |
| <input type="checkbox"/> A | <i>A</i> |
| <input type="checkbox"/> B | <i>B</i> |
| <input type="checkbox"/> 0 | <i>0</i> |
| <input type="checkbox"/> Rhesus positiv | <i>Rhesus +</i> |
| <input type="checkbox"/> Rhesus negativ | <i>Rhesus -</i> |



**Wann waren Sie das letzte Mal
beim Frauenarzt?**

***When did you lastly consult a gynecological
physician?***

- | | |
|--|----------------------------|
| <input type="checkbox"/> noch nie | <i>Never</i> |
| <input type="checkbox"/> im letzten Jahr | <i>In the last year</i> |
| <input type="checkbox"/> in den letzten 5 Jahren | <i>In the last 5 years</i> |
| <input type="checkbox"/> vor mehr als 5 Jahren | <i>More than 5 years</i> |