



## 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.   | <i>Please mark the relevant.</i>                     |                          |                          |
| <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<br>Zeit zutrifft.                    | <i>Please mark what currently applies to you.</i>    |                          |                          |
|  |  | <b>JA/ YES</b>           | <b>NEIN/NO</b>           |
| Beschwerden oder Schwierigkeiten<br>beim Stuhlgang                         | <i>Difficulties defecating.</i>                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beschwerden oder Schwierigkeiten<br>beim Wasserlassen. Wenn ja,<br>welche? | <i>Difficulties urinating. If so,<br/>which one?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Brennen beim Wasserlassen.   | <i>Burning perception while<br/>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<br>Menstruationsbeschwerden                                     | <i>General menstruation disorder.</i>                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Menstruationsblutung mit Schmerzen   | <i>Menstruation with a lot of<br/>pain.</i>          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Probleme beim Stillen des Kindes   | <i>Problems breastfeeding my<br/>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   | <i>Vaginal efflux.</i>                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Wenn ja, wie ist der vaginale Ausfluss?</b>             | <b>If so, how do you describe the vaginal efflux?</b> |                          |                          |
| Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.                         | <i>Please mark the relevant.</i>                      |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> gelb                              | <i>yellow</i>   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> blutig                            | <i>bloody</i>   |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> übelriechend                      | <i>Smelling bad</i>                                   |                          |                          |
| Wann war der erste Tag ihrer letzten Menstruationsblutung? | When was the first day of your monthly menstruation?  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> heute                             | <i>today</i>  |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> vor 1 bis 5 Tagen                 | <i>1 to 5 days</i>                                    |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 3 Wochen    | <i>Within the last three weeks</i>                    |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Monat              | <i>More than 1 month ago</i>                          |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> vor mehr als 6 Monaten            | <i>More than 6 months ago</i>                         |                          |                          |
| <input type="checkbox"/> noch nie                          | <i>Never</i>  |                          |                          |
|  |   | Ja/ Yes                  | Nein/ No                 |
| vaginaler Juckreiz oder Brennen                            | <i>Vaginal itchiness or burning.</i>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich bin in den Wechseljahren.                              | <i>I am in my menopause/<br/>climacteric period.</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte bereits die Wechseljahre.                        | <i>I already passed my<br/>menopause.</i>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?          | <i>Does the possibility of<br/>pregnancy exist?</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?                   | <i>Do you have frequent sexual<br/>interaction?</i>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ich hatte noch nie Geschlechtsverkehr.                     | <i>I never had sex.</i>                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Verhüten Sie?  | <i>Do you use protection?</i>                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Wenn ja:   | <i>If so:</i>   |                          |                          |
| Hormonell (z.B. Anti-Baby-Pille)                           | <i>Hormonal (birth control pill)</i>                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kondome  | <i>condoms</i>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihr Zyklus regelmäßig?                                 | <i>Is your menstruation cycle<br/>frequent?</i>       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waren Sie schon einmal schwanger?                          | <i>Have you been pregnant<br/>before?</i>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Kinder?  | <i>Do you have children?</i>                          | <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

*Brests*

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>  |
| <b>Bösartige Erkrankung an einem der folgenden Organe:</b> | <b><i>Malignant disease on one of the following organs:</i></b> |
| <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>Thrombosis</i>   |
| <input type="checkbox"/> Lungenembolie                     | <i>Pulmonary embolism</i>                                       |
| <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörung             | <i>Blood coagulation disorder</i>                               |

|   |   |
|---|---|
| <b>Wann waren Sie das letzte Mal beim Frauenarzt?</b> | <b><i>When was the last time you consulted a gynecological physician?</i></b> |
|---|---|

- |  |                            |
|--|----------------------------|
| <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. *Please mark the relevant.*

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| <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>   |