



## Französisch/Français

### 11. Gynäkologische Beschwerden - Problèmes gynécologiques

#### DEUTSCH

#### FRANÇAIS

##### SEIT WANN HABEN SIE DIESE BESCHWERDEN ZUR ZEIT?

##### DEPUIS QUAND AVEZ VOUS CES PROBLEMES?

Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.

*Veillez cocher les cases correspondantes.*

ein paar Stunden

*Quelques heures*

1 Tag

*1 jour*

2 bis 6 Tage

*De 2 à 6 jours*

über 1 Woche

*Plus d'une semaine*

1 Monat

*1 Mois*

Bitte kreuzen Sie an, was auf Sie zur  
Zeit zutrifft.

*Veillez cocher la/ les case(s) qui vous concerne  
en ce moment.*

JA/

NEIN/

OUI

NON

Beschwerden oder Schwierigkeiten  
beim Stuhlgang

*Plaintes ou difficultés à déféquer  
( aller au toilette)*

Beschwerden oder Schwierigkeiten  
beim Wasserlassen. Wenn ja, welche?

*Gêne ou difficulté à uriner. Si oui,  
lesquels?*

Brennen beim Wasserlassen.

*Brûlure en urinant.*

Wasserlassen nicht möglich

*La miction n'est pas possible*

Urin rot/blutig

*Urine rouge / sanglante*

allgemeine Menstruationsbeschwerden

*problèmes menstruels généraux*

Menstruationsblutung mit Schmerzen

*Saignements menstruels avec  
douleur*

Probleme beim Stillen des Kindes

*Problèmes en allaitant*

Schmerzen beim Geschlechtsverkehr

*Douleurs pendant les rapports  
sexuels*

Schmerzen der Brüste

*Douleurs des seins*

Knoten in der Brust

*Des nœuds/boules dans la  
poitrine*



Ausfluss aus der Brustwarze	<i>Écoulement des mamelons</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vaginaler Ausfluss	<i>Écoulement vaginal</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie ist der vaginale Ausfluss?	Si oui, comment est l'écoulement vaginal?		
Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an.	Veillez cocher la case appropriée.		
<input type="checkbox"/> gelb	jaune		
<input type="checkbox"/> blutig	sanglant		
<input type="checkbox"/> übelriechend	malodorant		
Wann war der erste Tag ihrer letzten Menstruationsblutung?	C'était quand le premier jour de vos dernières règles?		
<input type="checkbox"/> heute	aujourd'hui		
<input type="checkbox"/> vor 1 bis 5 Tagen	Il y a 1 à 5 jours		
<input type="checkbox"/> innerhalb der letzten 3 Wochen	dans les 3 dernières semaines		
<input type="checkbox"/> vor mehr als 1 Monat	il y a plus d'un mois		
<input type="checkbox"/> vor mehr als 6 Monaten	il y a plus de 6 mois		
<input type="checkbox"/> noch nie	jamais		
		Ja/ <i>oui</i>	Nein/ non
vaginaler Juckreiz oder Brennen	démangeaisons ou brûlures vaginales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich bin in den Wechseljahren.	Je suis en ménopause.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte bereits die Wechseljahre.	<i>J'ai déjà eu la ménopause.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht die Möglichkeit, dass Sie schwanger sind?	Y a-t-il une possibilité que vous soyez enceinte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie regelmäßig Geschlechtsverkehr?	Avez-vous des rapports sexuels sur une base régulière?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ich hatte noch nie Geschlechtsverkehr.	<i>Je n'ai jamais eu de rapports sexuels.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhüten Sie?	<i>Est-ce que vous vous protégez lors des rapports sexuels ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja:	Si oui:		
Hormonell (z.B. Anti-Baby-Pille)	Hormonale (par exemple, pilule anti-bébé)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kondome	préservatifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihr Zyklus regelmäßig?	<i>Est-ce que vous avez un cycle</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	<i>menstruel régulier ?</i>		
Waren Sie schon einmal schwanger?	<i>Etiez-vous déjà enceinte ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Kinder?	<i>Avez-vous des enfants ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie viele? Bitte markieren Sie die Anzahl Ihrer Kinder mit Kreuzen in den Kästchen. □□□□□□□□□□□□□□□□	Si oui, combien? Veuillez indiquer dans les cases le nombre de vos enfants avec des croix. □□□□□□□□□□□□□□□□		
Gab es bei einer oder mehreren Geburten Komplikationen?	<i>Est-ce que vous avez déjà eu des complications lors de vos accouchements ?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie schon einmal einen medikamentösen oder operativen Schwangerschaftsabbruch?	<i>Avez-vous déjà subi un avortement médical ou chirurgical?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie mal ein Kind während der Schwangerschaft verloren?	<i>Avez-vous déjà perdu un bébé pendant la grossesse?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>WIE SIND IHRE KINDER ZUR WELT GEKOMMEN?</b>	<b>COMMENT AVEZ VOUS ACCOUCHE ?</b>		
<input type="checkbox"/> normal	<i>Par voie normale</i>		
<input type="checkbox"/> per Kaiserschnitt	<i>Par césarienne</i>		
Wie alt ist ihr Kind oder sind Ihre Kinder? Wenn Sie mehrere Kinder haben, können Sie mehrere Antworten ankreuzen.	<i>Quels âges ont vos enfants ? si vous en avez plusieurs vous pouvez cocher plusieurs cases à la fois.</i>		
<input type="checkbox"/> unter 1 Jahr	<i>Moins d'un an</i>		
<input type="checkbox"/> zwischen 1 und 3 Jahren	<i>Entre 1 et 3 ans</i>		
<input type="checkbox"/> über 3 Jahre	<i>Plus de 3 ans</i>		
Hatten Sie schon einmal eine Operation an einem der folgenden Organe? Wenn ja, bitte ankreuzen.	<i>Avez-vous déjà subi une intervention chirurgicale sur l'un des organes suivants? Si oui, veuillez cocher.</i>		
<input type="checkbox"/> Gebärmutter	<i>utérus</i>		
<input type="checkbox"/> Eierstöcke	<i>ovaires</i>		
<input type="checkbox"/> Brüste	<i>seins</i>		
<input type="checkbox"/> Darm	<i>intestin</i>		
<input type="checkbox"/> Blinddarm	<i>appendice</i>		
<input type="checkbox"/> Gallenblase	<i>vésicule biliaire</i>		
<input type="checkbox"/> anderes Bauchorgan	<i>autres organes abdominaux</i>		
Sind in Ihrer Familie eine oder mehrere der folgenden	<i>Une ou plusieurs des maladies suivantes sont-elles connues dans votre famille? Veuillez</i>		





- |                                         |                   |
|-----------------------------------------|-------------------|
| <input type="checkbox"/> 0              | 0                 |
| <input type="checkbox"/> Rhesus positiv | <i>Récessus +</i> |
| <input type="checkbox"/> Rhesus negativ | <i>Récessus -</i> |