



| | |
|--|-------------|
| <h2>PI-5 Fragebogen vor operativen Eingriffen</h2> | Name: |
| | Vorname: |
| | geboren am: |
| Datum: | |

Überweisung

| | |
|---|--|
| ÜW von: <i>Wer ist Ihr Frauenarzt?</i> | |
| Befunde <i>Was haben Sie mitgebracht?</i> | |

Anamnese

| | |
|--|--|
| JA <i>Welche Beschwerden haben Sie, warum stellen Sie sich hier vor?</i> | |
|--|--|

| | | |
|---|---|--|
| GA <i>gynäkologische Anamnese</i> | Gravida <i>Waren Sie schon schwanger?</i> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja:Anzahl | Para <i>Haben Sie schon geboren?</i> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja:Anzahl |
| Geburten <i>Bitte ankreuzen + angeben wann, wo, ggf. Komplikationen</i> | | |
| <input type="radio"/> normale Spontangeburt <input type="radio"/> primäre Sectio <i>Kaiserschnitt stand von vornherein fest warum durchgeführt?</i> | | |
| <input type="radio"/> Vakuumentextraktion („Saugglocke“) <input type="radio"/> sekundäre Sectio <i>erst normale Geburt begonnen, dann Entscheidung zum Kaiserschnitt, warum, bei welcher Muttermundweite</i> | | |
| <input type="radio"/> Forceps („Zange“) <input type="radio"/> sekundäre Sectio <i>erst normale Geburt begonnen, dann Entscheidung zum Kaiserschnitt, warum, bei welcher Muttermundweite</i> | | |
| <input type="radio"/> Beckenendlage (BEL) vaginal <input type="radio"/> sekundäre Sectio <i>erst normale Geburt begonnen, dann Entscheidung zum Kaiserschnitt, warum, bei welcher Muttermundweite</i> | | |
| Schwangerschaftsabbrüche <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Anzahl, wann, wo | | |
| Aborte <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: Anzahl, wann, wo, <i>Schwangerschaftswoche = SSW Kürettage erfolgt?</i> | | |
| Regel: | Menarche <i>In welchem Alter erste Regelblutung?</i> | Letzte Regel <i>Wann zuletzt (erster Tag)</i> |
| | Abstand <i>in Tagen, vom 1.Tag bis 1.Tag, einschließlich Blutung</i> | Dauer <i>in Tagen</i> |



| | | |
|---|--|---|
| Pille <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: aktuell welche | Spirale <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, aktuell welche, seit wann | Hormonersatztherapie <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, aktuell welche, seit wann |
| Gyn. OPs (außer den bereits oben angegebenen Schwangerschaften) <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: wann, welche, wo | | |
| Krebsvorsorgeabstrich | regelmäßig? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, wann zuletzt, wo | auffällig? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Befund: |
| SA Beruf, aktuelle Tätigkeit | | |

EA

| | | | |
|--|--|--------------------|------------|
| nichtgynäkologische OPs <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: wann, welche, wo | | | |
| Erkrankungen <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: welche, seit wann, durch wen betreut | | | |
| Medikamente <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja: welche, Dosierung | | | |
| Biometrie | Größe: cm | Gewicht: kg | BMI |
| Blutgruppe A / B / AB / 0, Rhesus positiv / negativ | <input type="radio"/> ist mir nicht bekannt <input type="radio"/> ist mir bekannt: <input type="radio"/> habe ich zu Hause, wird nachgereicht (zur OP mitgebracht) | | |



Risikofaktoren

| | | |
|--|---|--|
| <p>Allergien <input type="radio"/> <i>nein</i> <input type="radio"/> <i>ja, welche:</i></p> | | |
| <p>Nikotin <input type="radio"/> <i>nein</i> <input type="radio"/> <i>ja, Zigaretten pro Tag:</i></p> | | |
| <p>Thromboserisiko erhöht <input type="radio"/> <i>nein</i> <input type="radio"/> <i>ja, weil:</i></p> | <p><input type="radio"/> Besenreiser <input type="radio"/> Varizen (Krampfadern) <i>rechts / links / beidseits,</i> <i>Oberschenkel / Unterschenkel</i></p> <p><input type="radio"/> Z.n. Varizen-OP <i>wann, rechts / links / beidseits</i></p> | <p><input type="radio"/> selbst Z.n. Thrombose <i>wann, nach OP oder Trauma?</i></p> <p><input type="radio"/> familiäre Belastung <i>wer: Thrombosen, Embolien,</i> <i>Gerinnungsstörung</i></p> |
| <p>Weitere Informationen für den Arzt</p> | | |

Postoperativ

| | |
|---|--|
| <p>Meine Abholung: <i>Name, (Mobil-) Telefon</i></p> | |
| <p>Mein Aufenthaltsort in den ersten 24h nach einer ambulanten OP: <i>Straße, Nr., PLZ, Ort, Telefon</i></p> | |

Datum:

Unterschrift: