

Frauenklinik

Leitung und Chefärztinnen
PD Dr. med. C. Christmann
PD Dr. med. C. Brambs

anmeldung-luzern.frauenklinik@luks.ch
Telefon 041 205 35 02
Fax 041 205 59 32

Vulva-Sprechstunde

Willkommen in unserer Vulva Sprechstunde

Wir bitten Sie, folgendes Formular (**Vorder- und Rückseite**) auszufüllen, damit wir Ihr Anliegen möglichst umfassend einschätzen und Sie optimal betreuen können.

Bitte bringen Sie das ausgefüllte Formular zum Sprechstundentermin mit!

Welcher Arzt/welche Ärztin soll einen Bericht erhalten? keiner

Was sind Ihre Hauptbeschwerden?	Und wo? <i>Schamlippen, Scheide, Damm etc.</i>	Wie häufig?	Wie lange schon?
<input type="radio"/> Schmerzen			
<input type="radio"/> Brennen			
<input type="radio"/> Juckreiz			
<input type="radio"/> Risse			
<input type="radio"/> Bläschen			
<input type="radio"/> Vaginaler Ausfluss			
<input type="radio"/> Blasenbeschwerden			
<input type="radio"/> andere			

- Zusatzprobleme?**
- Schwellung in den Leisten
 - Mundschleimhaut- oder Augenprobleme
 - Gelenkbeschwerden
 - Fieber
 - Haut- oder Nagelprobleme

Waren Sie deswegen schon beim Arzt/bei der Ärztin? Nein Ja, Welche/r?

Hatten Sie bereits eine Vulva-Biopsie? Nein Ja, Ergebnis?

Haben Sie früher einmal Medikamente gegen Ihre Beschwerden genommen?

Nein Ja, Welche?

Intimhygiene nur mit Wasser Wasser und Seife, welche? _____

Menstruieren Sie? Nein Wechseljahre/Menopause mit _____ Jahren

Ja regelmässig / unregelmässig

Wie viele Kinder haben Sie geboren? ____ (vaginale Geburten: ____ Kaiserschnitte: ____)

Bitte füllen Sie die Vorder- und Rückseite aus!

Haben Sie Geschlechtsverkehr?

- Ja problemlos Ich habe Beschwerden _____
 Nein, weil kein/e Partner/in Ich habe Beschwerden _____
 andere Gründe _____

Hat Ihr Partner/Ihre Partnerin Beschwerden wie Brennen, Juckreiz, Ausfluss?

- Nein Ja, _____

Verhütungsmittel keines Pille Spirale Kondom andere _____

Letzter Krebsabstrich / PAP-Test: ____/____

Hatten Sie früher auffällige PAP-Tests? Nein Ja

Sind Sie gegen HPV geimpft? Nein Ja

Haben Sie Allergien auf Medikamente oder andere Produkte?

- Nein Ja, welche?

Rauchen Sie? Nein Ja, wie viel? _____

Trinken Sie täglich Alkohol? Nein Ja _____

Operationen – Wann? Welche?

Haben Sie aktuell oder hatten Sie früher andere Krankheiten oder Beschwerden?

Nehmen Sie Medikamente ein?

- Nein
 Ja, welche?

Familiengeschichte

Gibt es in Ihrer Familien: Brustkrebs Eierstockkrebs andere Krebsarten _____

Autoimmunerkrankungen Lichen sclerosus Kinder mit Vorhautverengung

anderes _____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten anonymisiert allenfalls zu wissenschaftlichen Studienzwecken verwendet werden können **Ja** **Nein**

Zu Ihrer Information: In unserer Sprechstunde gibt es manchmal Ärzte/Ärztinnen in Ausbildung. Zudem werden wir auffällige Befunde, zu Dokumentationszwecken in der elektronischen Krankengeschichte, fotografieren. Falls Sie damit nicht einverstanden sein sollten oder weitere Fragen diesbezüglich haben, melden Sie sich bitte bei uns.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre Hilfe, Ihr Vulva-Sprechstunden Team