

LASERBEHANDLUNG DER GENITALREGION

ANAMNESEFRAGEN

Dokumentierte Patientenaufklärung | Basisinformation zum Aufklärungsgespräch



SANAGYN

RUND UM DIE FRAU

ZENTRUM FÜR FRAUENGESUNDHEIT

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird von der körperlichen Verfassung und Vorschäden beeinflusst.

Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Alter: Jahre

Größe: cm

Gewicht: kg

1. Letzter Abstrich vom Gebärmutterhals:

War das Ergebnis:

Normal

Kontrollbedürftig

krankhaft

2. Haben Sie schon mal bösartige Tumoren, insbesondere im Unterleib gehabt (z.B. Gebärmutterhalskrebs, Schamlippenkrebs, Harnblasenkrebs, Gebärmutterkrebs, Eierstockkrebs...)?

JA NEIN

Wenn ja, was und wann?

3. Wann war ca. die letzte Regelblutung?

.....

4. Haben Sie Blutungsstörungen?

JA NEIN

5. Nehmen Sie Hormonpräparate ein?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

6. Werden regelmäßig oder derzeit Medikamente eingenommen (z.B. gerinnungshemmende Mittel, wie z.B. Marcumar, Aspirin, Heparin...), Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Scheidenbehandlungen, Behandlungen der inneren und äußeren Schamlippen, lokale Behandlungen gegen Haut- oder Scheidenpilz, Cortison oder sonstige Immuntherapien verwendet?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

7. Besteht eine Allergie wie Asthma oder Heuschnupfen oder eine Unverträglichkeit gegenüber lokale Betäubungsmittel, Latex, Desinfektionsmittel, Salben oder Haut Gels?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

8. Besteht bei Ihnen oder in der Blutsverwandtschaft eine erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, Zahnfleischbluten, blaue Flecken)?

JA NEIN

9. Besteht/bestand bei Ihnen eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV/AIDS, Tuberkulose)?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

10. Kam es schon einmal zu einem Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel (Thrombose/Embolie)?

JA NEIN

11. Besteht/Bestand eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (z. B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Angina Pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, hoher Blutdruck)?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

12. Besteht eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht)?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

13. Besteht/Bestand eine Schilddrüsenerkrankung (z.B. Überfunktion/Unterfunktion, Kropf)?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

14. Besteht/Bestand eine Erkrankung des Nervensystems (z.B. Lähmungen, Epilepsie..)?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

15. Liegt eine psychische Erkrankung vor (z.B. Depression, Borderline Syndrom)?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

16. Kam es schon mal zu Wundheilungsstörungen (z.B. Fistel, Abszesse)?

JA NEIN

17. Haben/Hatten Sie Geschlechtskrankheiten (Tripper, Genitalherpes, HPV, Genitalwarzen)?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

18. Rauchen Sie?

JA NEIN

Wenn ja, wieviel?

19. Könnten Sie Schwanger sein?

JA NEIN

20. Wie verhüten Sie?

LASERBEHANDLUNG DER GENITALREGION

ANAMNESEFRAGEN

Dokumentierte Patientenaufklärung | Basisinformation zum Aufklärungsgespräch



SANAGYN

RUND UM DIE FRAU

ZENTRUM FÜR FRAUENGESUNDHEIT

Das Risiko ärztlicher Eingriffe wird von der körperlichen Verfassung und Vorschäden beeinflusst.

Um Gefahrenquellen rechtzeitig erkennen zu können, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Alter: Jahre

Größe: cm

Gewicht: kg

1. Letzter Abstrich vom Gebärmutterhals: War das Ergebnis:
 Normal Kontrollbedürftig krankhaft

2. Haben Sie schon mal bösartige Tumoren, insbesondere im Unterleib gehabt (z.B. Gebärmutterhalskrebs, Schamlippenkrebs, Harnblasenkrebs, Gebärmutterkrebs, Eierstockkrebs...)?

JA NEIN Wenn ja, was und wann?

3. Wann war ca. die letzte Regelblutung?

4. Haben Sie Blutungsstörungen?

JA NEIN

5. Nehmen Sie Hormonpräparate ein?

JA NEIN Wenn ja, welche?

6. Werden regelmäßig oder derzeit Medikamente eingenommen (z.B. gerinnungshemmende Mittel, wie z.B. Marcumar, Aspirin, Heparin..), Schmerzmittel, Schlaf- oder Beruhigungsmittel, Scheidenbehandlungen, Behandlungen der inneren und äußeren Schamlippen, lokale Behandlungen gegen Haut- oder Scheidenpilz, Cortison oder sonstige Immuntherapien verwendet?

JA NEIN Wenn ja, welche?

7. Besteht eine Allergie wie Asthma oder Heuschnupfen oder eine Unverträglichkeit gegenüber lokale Betäubungsmittel, Latex, Desinfektionsmittel, Salben oder Haut Gels?

JA NEIN Wenn ja, welche?

8. Besteht bei Ihnen oder in der Blutsverwandtschaft eine erhöhte Blutungsneigung (z.B. häufiges Nasenbluten, Zahnfleischbluten, blaue Flecken)?

JA NEIN

9. Besteht/bestand bei Ihnen eine Infektionskrankheit (z.B. Hepatitis, HIV/AIDS, Tuberkulose)?

JA NEIN Wenn ja, welche?

10. Kam es schon einmal zu einem Gefäßverschluss durch Blutgerinnsel (Thrombose/Embolie)?

JA NEIN

11. Besteht/Bestand eine Herz-Kreislauf-Erkrankung (z. B. Herzfehler, Herzklappenfehler, Angina Pectoris, Herzinfarkt, Schlaganfall, Rhythmusstörungen, Herzmuskelentzündung, hoher Blutdruck)?

JA NEIN Wenn ja, welche?

12. Besteht eine Stoffwechselerkrankung (z.B. Zuckerkrankheit, Gicht)?

JA NEIN Wenn ja, welche?

13. Besteht/Bestand eine Schilddrüsenerkrankung (z.B. Überfunktion/Unterfunktion, Kropf)?

JA NEIN Wenn ja, welche?

14. Besteht/Bestand eine Erkrankung des Nervensystems (z.B. Lähmungen, Epilepsie..)?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

15. Liegt eine psychische Erkrankung vor (z.B. Depression, Borderline Syndrom)?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

16. Kam es schon mal zu Wundheilungsstörungen (z.B. Fistel, Abszesse)?

JA NEIN

17. Haben/Hatten Sie Geschlechtskrankheiten (Tripper, Genitalherpes, HPV, Genitalwarzen)?

JA NEIN

Wenn ja, welche?

18. Rauchen Sie?

JA NEIN

Wenn ja, wieviel?

19. Könnten Sie Schwanger sein?

JA NEIN

20. Wie verhüten Sie?

Ärztliche Anmerkung zum Aufklärungsgespräch:

(z.B. individuelle Risiken, mögliche Komplikationen, Einsichtsfähigkeit bei Minderjährigen, gesetzliche Vertretungen, Dolmetschen bei fehlenden Deutschkenntnissen etc.)

Ablehnung

Die geplante Behandlung wurde nach ausführlicher Aufklärung abgelehnt

.....
Ort, Datum Patient

.....
ggf. Zeuge Ärztin/Arzt

Einwilligungserklärung:

Zur geplanten Behandlung, ihren Risiken und möglichen Komplikationen zu Neben- und Folgemaßnahmen und Behandlungsalternativen, zu Erfolgsaussichten sowie den anfallenden Kosten hat mich die Ärztin/der Arzt in einem Aufklärungsgespräch ausführlich informiert. Dabei konnte ich alle mir wichtig erscheinenden Fragen stellen.

Ich habe keine weiteren Fragen, fühle mich genügen informiert und willige hiermit nach angemessener Bedenkzeit in die Laserbehandlung der

Vagina Schamlippen sonst.: ein.

.....
Ort, Datum, Uhrzeit Patientin Ärztin/Arzt

SANAGYN Zentrum für Frauengesundheit | Dilek Özcan

Praxis Stadtbergen
Bismarckstraße 18, 86391 Stadtbergen
Telefon: 0821 43 20 58, E-Mail: info@sanagyn.de

Praxis Königsbrunn
Bürgermeister-Wohlfarth-Str. 30, 86343 Königsbrunn
Telefon: 08231 20 61, E-Mail: koenigsbrunn@sanagyn.de