

**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**