

EMPOWER Studie - Basisfragebogen -

Bei Fragen steht Ihnen die kostenlose Telefonnummer (_____) zur Verfügung

_____ / _____ / _____
Land-Nr. Arzt-Nr. Patienten-Nr.

- Vom Arzt auszufüllen-

- 1 Medikamentenname(n)**
- Intrinsa → Erstnutzung in _____ (Monat/Jahr)
- HRT → Welche Sorte _____
- Erstnutzung in _____ (Monat/Jahr)

2 Welche der folgenden Bedingungen trifft auf Ihre Patientin zu:

	Nein	Ja	
HSDD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Andere sexuelle Dysfunktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche _____
Andere Gründe für die Verschreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ welche _____
Hysterektomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ wann _____
<u>Beidseitige</u> Ovariectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ wann _____
<u>Einseitige</u> Ovariectomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	→ wann _____

3 Wann wurden Sie geboren?

_____ / _____ (Monat/Jahr)

4 Waren sie jemals schwanger?

Ja Nein → weiter mit Frage 5

4a Anzahl der Lebendgeburten ____ → Wie alt waren Sie bei der ersten Geburt? ____ (Jahre)

4b Haben Sie jemals Ihr(e) Kind(er) gestillt?

Ja Nein → weiter mit Frage 5

4c Wie viele Monate oder Wochen haben Sie insgesamt Ihr(e) Kind(er) gestillt?

_____ Monate oder _____ Wochen

5 Hatten Sie jemals eine Mammographie (Röntgenaufnahme der Brust)?

Ja → Wie oft? ____ → Wann das letzte Mal? _____ / _____
Monat / Jahr

Nein

9 Wurde Ihnen jemals VON EINEM ARZT gesagt, dass Sie eine der folgenden Symptome oder Krankheiten haben oder hatten?

Bitte geben Sie auch an, ob diese Störung oder Krankheit durch einem Arzt behandelt wurde.
Bitte in jeder Zeile das zutreffende Kästchen ankreuzen.

Krankheit oder Symptom:			Durch einen Arzt behandelt?	
	Nein	Ja	Ja	Nein
Hoher Blutdruck.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hohes Cholesterol (Blutfette)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Durchblutungsstörungen am Herzen (Angina pectoris)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wurde ein EKG gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blutgerinnsel (Thrombose) in den Beinen oder der Lunge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, mit blutverdünnenden Medikamenten behandelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Welche? _____				
Gutartige Brusttumore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____				
Brustkrebs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gebärmutterkrebs.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eierstockkrebs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere Krebsart.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> →	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welche? _____				
Hatten Sie Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Wenn ja, welche? _____				

10 Sind Ihre Eltern oder Geschwister vor dem 50. Lebensjahr an einem Herzinfarkt oder Schlaganfall verstorben?

- Ja → Wer? Mutter Vater Geschwister
- Nein

11 Hatten Ihre Eltern oder Geschwister jemals ein Blutgerinnsel im Bein oder in der Lunge?

- Ja → Wer? Mutter Vater Geschwister
 Nein

12 Hatten Ihre Mutter oder Schwester(n) jemals Brustkrebs?

- Ja → Wer? Mutter Schwester(n)
 Nein

13 Nehmen Sie regelmäßig andere verschreibungspflichtige Medikamente ein?

- Ja → Bitte nennen _____
 Nein

14 Wie viel wiegen Sie? _____ kg

15 Wie groß sind Sie? _____ cm

16 Rauchen Sie regelmäßig Zigaretten (mindestens 1 Zigarette pro Tag)?

- Ja → Wie viele Zigaretten pro Tag? _____
 Nein, habe aufgehört → Wie viele Zigaretten haben Sie früher pro Tag geraucht? ____
 Nein, habe nie regelmäßig geraucht

17 Wie häufig trinken Sie gewöhnlich Alkohol?

- Nie Gelegentlich Regelmäßig (mehr als 5 Drinks pro Woche)

18 Wie oft treiben Sie in der Regel Sport?

- Nie Gelegentlich Regelmäßig (mindestens 2x pro Woche)

19 Wie viele Jahre (Schul-) Ausbildung einschließlich Berufsausbildung und Universität haben Sie abgeschlossen? _____ Jahre

20 Ausfülldatum: _____ / _____ / _____ (Tag/Monat/Jahr)

Wir bedanken uns herzlich und freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit!