Zeitschrift: Emanzipation : feministische Zeitschrift für kritische Frauen

Herausgeber: Emanzipation

Band: 2 (1976)

Heft: 10

Anhang: Die kostenlosen Beratungsstellen POCH-Inform wollen mit diesem Fragebogen in ihren Einzugsgebieten mehr Informationen über gute und schlechte Frauenärzte/-innen erhalten

Autor: [s.n.]

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 13.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Die kostenlosen Beratungsstellen POCH-Inform wollen mit diesem Fragebogen in ihren Einzugsgebieten mehr Informationen über gute und schlechte Frauenärzte/-innen erhalten.
Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen an folgende Adresse:

SCHWEIZERISCHES ARCHIV

POCH-Inform
Postfach 382

4001 Basel Tel. 061 / 32 73 77

Name und Vorname: (fakultativ).....

Adresse, Telefon: (fakulkativ).....

Alter, Beruf:.....

Zivilstand:.....

Anzahl Kinder:.....

Anzahl Abtreibungen:.....legal.....illegal

0 Privatpatientin (Zutreffendes bitte ankreuzen)

0 Kassenpatientin

Name der Frauenarztes/-ärztin:.....

Adresse:.....

0 Privatarzt

0 Kassenarzt

1. Wie oft gehen Sie zum Frauenarzt/-ärztin?.....
2. Wann waren Sie zuletzt bei der/dem oben angegebenen?.....
3. Wie sind die Wartezeiten bei dem/der?
   a) bis zum Termin .....
   b) im Wartezimmer .....
   c) bei Notfällen (Blutungen, Schmerzen).....
4. Konnten Sie Ihre Fragen und Probleme mit dem Arzt besprechen?.....
   a) Erklärte er Ihnen was er mit Ihnen machte? .....
   b) Wie lange hat sich der Arzt Zeit für Sie genommen?.....
   c) Machte der Arzt zwei Krebsabstriche?.....
   d) Machte er eine Tastuntersuchung der Gebärmutter und der Eierstöcke?.....
   e) Untersuchte er Ihre Brüste?.....
5. Wie empfanden Sie die Situation während der Untersuchung?.....
6. Wie hat das Verhalten des Arztes auf Sie gewirkt?.....
   .....

Fragen zur Verhütung: (wieder nur auf diesen Arzt bezogen)

1. Welches Verhütungsmittel benützen Sie?.....
2. Informierte dieser Arzt Sie über die verschiedenen Verhütungsmittel und deren Vor- und Nachteile?.....

3. Riet er Ihnen zu einem bestimmten Verhütungsmittel?.....
Wenn ja, zu welchem?.....
Aus welchen Gründen?.....
.....

4. Macht Ihr Arzt das Verschreiben von Verhütungsmitteln von bestimmten Faktoren abhängig? (z. B. Alter, Zivilstand).....

Wenn Sie die Pille nehmen:

1. Machte der Arzt, bevor er die Pille verschrieb, einen gynäkologischen Untersuch inkl. einer Blutdruckkontrolle?

   0 ja
   0 nein

2. Fragte er Sie nach Krankheiten, die das Einnehmen der Pille verbieten?

   0 ja
   0 nein

3. Wies er Sie auf Krankheiten hin, die bei der Pilleneinnahme eine besondere Ueberwachung oder gar deren Absetzung erfordern?

   0 ja
   0 nein

4. Empfahl Ihnen der Arzt eine Pillenpause?

   0 ja
   0 nein

   Wenn ja, nach welcher Zeit?.....
   Dauer der Pause?.....

5. Informierte Sie der Arzt für die Dauer der Pillenpause über andere Verhütungsmittel?.....

Wenn Sie die Spirale benützen:

1. Machte der Arzt vor dem Einsetzen der Spirale einen Krebsabstrich und eine Blutuntersuchung?

   0 ja
   0 nein

2. Fragte der nach Krankheiten, bei denen die Spirale nicht eingesetzt werden darf?

   0 ja
   0 nein

3. Machte er Sie auf mögliche Nebenwirkungen aufmerksam?

   0 ja
   0 nein

4. Kontrolliert der Arzt die Spirale seit dem Einsetzen regelmässig?

   0 ja
   0 nein

5. Sagte Ihnen der Arzt, wie lange die Spirale höchstens in der Gebärmutter bleiben darf?

   0 ja
   0 nein

6. Was kostet das Einsetzen bei diesem Arzt?.....

Wenn Sie sterilisiert sind:

1. War der Arzt grundsätzlich bereit, auf Ihren Wunsch hin zu sterilisieren?

   O ja
   O nein

   Wenn nicht, wovon machte er den Eingriff abhängig?.....

2. Machte er Sie auf die Endgültigkeit, evtl. Folgen und Komplikationen aufmerksam?.....

   O ja
   O nein

3. Wo erfolgte der Eingriff?

   O Praxis
   O Spital

4. Wie wurden Sie betäubt?

   O örtlich
   O Vollnarkose

5. Wie lange mussten Sie nach dem Eingriff liegen?.....

6. Informierte der Arzt Sie über das Vorgehen?

   O ja
   O nein

7. Wieviel kostete der Eingriff und übernahm die Krankenkasse die Kosten?
   .....

   O ja
   O nein

Wie oft haben Sie bereits abgetrieben?.....

Wann war das?.....

Name und Adresse des Arztes, der den Eingriff vorgenommen hat (diese Angaben werden streng vertraulich behandelt):.....
.....

1. In der wievielten Woche erfolgte der Eingriff?.....

2. O legal
   O illegal

   Wenn illegal, hat ein Arzt oder eine andere Person den Eingriff vorgenommen?
   (evtl. Namen und Adresse):.....
   .....

3. Wieviel bezahlten Sie für ein Gutachten und wer stellte es Ihnen aus?

   psychiatrisches:..... Name:.....

   medizinisches:..... Name:.....

4. Wissen Sie, mit welcher Methode bei Ihnen abgetrieben wurde?.....

   O Auskratzung (Curettage)
   O Absaugemethode (Vakuumaspiration)
   O andere, welche?.....

5. Wo erfolgte der Eingriff?

O Praxis
O Spital

6. Wie wurden Sie betäubt?

O örtlich
O Vollnarkose

7. Wie lange mussten Sie nach dem Eingriff liegen?.....

8. War der Eingriff schmerzhaft?

O ja
O nein

9. Was kostete der Eingriff ohne Gutachten?.....

10. Stellte Ihnen der Arzt eine Quittung für die Kosten aus?

O ja
O nein

11. Wurde Ihnen ein Teil der Kosten von der Krankenkasse vergütet?

O ja
O nein

12. Traten nach dem Eingriff Komplikationen auf?

O ja
O nein

Wenn ja, welcher Art?.....

13. Würden Sie den betreffenden Arzt weiter empfehlen?

O ja
O nein

14. Würden Sie den betreffenden Psychiater weiterempfehlen?

O ja
O nein

Kennen Sie Aerzte/-innen, von denen Sie wisssen oder vermuten, dass sie illegale Abtreibungen (ohne psychiatrisches oder medizinisches Gutachten) vornehmen?

Namen und Adressen:.....
.....
.....
.....

Namen und Adressen von Aerzten/-innen, mit denen Sie besonders schlechte Erfahrungen gemacht haben:.....
.....
.....
.....

Namen und Adressen von Aerzten/-innen, mit denen Sie gute Erfahrungen gemacht haben und die Sie weiterempfehlen können:.....
.....
.....
.....