

Gynäkologische Endokrinologie - Fragebogen zur Gesundheit

(Bitte gut leserlich ausfüllen)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	PLZ / Ort	Aktueller Beruf (Pensum %)
Telefon / Mobile	Aktuelle Krankenkasse inkl. Kartenummer 807	Allgemein Halbprivat Privat
Grösse / Gewicht _____ cm, _____ kg	E-Mail	
Gynäkologin / Ort		Hausarzt / Ort
Wurden Sie in letzter Zeit ärztlich behandelt? Weshalb?		
Mit welchem Alter hatten Sie die allererste Menstruationsblutung? Mit _____ Jahren. ☐ Keine Menstruation bisher gehabt. Datum der letzten Menstruation (1. Blutungstag): _____		
Mein Zyklus ist: ☐ regelmässig (+/-2Tage), ☐ unregelmässig		
Dauer der Blutung: _____ Tage Zyklus-Dauer: _____ Tage (=Tage Blutung+Pause)		
Haben Sie Schmerzen während der Menstruation? ☐ nein ☐ ja Falls ja: Nehmen Sie Schmerz-Medikamente während der Menstruation? Welche? Dosis?		
Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? ☐ nein ☐ ja		
Sind Sie bereits in der Menopause? ☐ nein ☐ ja, seit: _____ Jahren		
Anzahl bisheriger Schwangerschaften: _____ Datum: _____ Anzahl bisheriger Geburten: _____ Datum: _____		
Haben Sie Allergien? ☐ nein ☐ ja Falls ja, worauf? Welche Reaktion? _____		

Haben / hatten Sie eines der folgenden Leiden? ☐ nein ☐ ja (zutreffendes bitte ankreuzen)		
☐ Neigung zu Thrombosen ☐ Gerinnungsstörungen ☐ Krebserkrankung ☐ Brust-, Eierstock-, Gebärmutterkrebs in der Familie ☐ Erbkrankheiten	☐ Stoffwechsel-Erkrankungen ☐ Psychische Krankheiten ☐ Krankheiten des Nervensystems ☐ Infektionskrankheiten ☐ Windpocken/Varizellen ☐ Rheuma/-Gelenkerkrankungen	☐ Herzleiden ☐ Lungenleiden ☐ Magen-Darm- Erkrankungen ☐ Nierenleiden ☐ Keine der Genannten
Falls ja, bitte hier beschreiben:		
Gibt es diese Leiden in Ihrer Familie? Welches? Bei wem?		
Hatten Sie Operationen? Welche, wann?		
Trinken Sie Alkohol? ☐ nein ☐ selten ☐ gelegentlich ☐ regelmässig		
Falls ja, Wieviel? _____		
Rauchen Sie? ☐ nein ☐ ja		
Wenn ja, _____ Zigaretten/Joints pro Tag? Seit _____ Jahren.		
Nahmen/nehmen Sie Drogen? ☐ nein ☐ ja		
Wenn ja, welche? _____		
Wieviel pro Woche? _____ Seit _____ Jahren.		
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Welche? Dosierung?		
Bemerkungen:		

E-mails von Admira werden verschlüsselt (HIN) versendet (2-Faktor-Authentifizierung erforderlich!)

Ich verzichte auf die Verschlüsselung der an mich gesendeten E-mails

Hiermit bestätige ich, dass alle Angaben vollständig und wahrheitsgemäss sind.

Ort und Datum	Unterschrift (nicht erforderlich bei elektronischer Übermittlung)
---------------	--