

Fragebogen zur Gesundheit – Frau

(Bitte gut leserlich ausfüllen)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	PLZ / Ort	Aktueller Beruf (Pensum %)
Tel.	Mobile	Aktuelle Krankenkasse inkl. Karten-Nr.: 807.....
Grösse / Gewicht	E-Mail	
Gynäkologin / Ort		Hausarzt / Ort
Seit wann versuchen Sie schwanger zu werden?		
Hatten Sie frühere Kinderwunschbehandlungen? Welche? Wann?		
Wurden Sie aus anderen Gründen in letzter Zeit ärztlich behandelt? Weshalb?		
Erster Tag der letzten Menstruation (Datum)		
Mein Zyklus ist <input type="checkbox"/> regelmässig <input type="checkbox"/> unregelmässig Dauer der Blutung ____Tage Zyklus-Dauer ____Tage (=Anzahl Blutungstage + Blutungsfreie Tage)		
Schmerzen während der Menstruation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja: Nehmen Sie Schmerz-Medikamente (welche, Dosis?) während der Menstruation?		
Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Bisherige Schwangerschaften (Datum)		
Bisherige Geburten (Datum)		
Bisherige Verhütungsmethoden		

Haben Sie Allergien? Wenn Ja, welche? Wie reagieren Sie darauf?		
Haben oder hatten Sie eines der folgenden Leiden?		
<input type="checkbox"/> Neigung zu Thrombosen <input type="checkbox"/> Gerinnungsstörungen <input type="checkbox"/> Krebserkrankung <input type="checkbox"/> Brust-, Eierstock-, Gebärmutterkrebs in der Familie <input type="checkbox"/> Erbkrankheiten	<input type="checkbox"/> Stoffwechselerkrankungen <input type="checkbox"/> Psychische Krankheiten <input type="checkbox"/> Krankheiten des Nervensystems <input type="checkbox"/> Infektionskrankheiten <input type="checkbox"/> Windpocken/Varizellen <input type="checkbox"/> Rheuma-/Gelenkerkrankungen	<input type="checkbox"/> Herzleiden <input type="checkbox"/> Lungenleiden <input type="checkbox"/> Magen-Darm- Erkrankungen <input type="checkbox"/> Nierenleiden <input type="checkbox"/> Keine der Genannten
Falls ja bitte hier beschreiben:		
Operationen? Welche, wann?		
Trinken Sie Alkohol? Wenn ja, wieviel?		
Rauchen Sie? Wenn ja, wieviel?		
Nahmen/nehmen Sie Drogen? Wenn ja, welche?		
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Wenn Ja, welche? Dosierungsangaben:		
Bemerkungen:		

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

Ort, Datum und Unterschrift:

Name	Dokumenten-ID	Autor/Prüfer	Datum	Version
Fragebogen	Adm/Form/1/1.1	DRE/MFA	20.07.2021	3