

Gynäkologische Endokrinologie - Fragebogen zur Gesundheit

(Bitte gut leserlich ausfüllen)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	PLZ / Ort	Aktueller Beruf (Pensum %)
Telefon / Mobile	Aktuelle Krankenkasse inkl. Kartennummer <input type="text" value="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. <input type="checkbox"/> Keine Menstruation bisher gehabt. Datum der letzten Menstruation (1. Blutungstag): _____		
Mein Zyklus ist: <input type="checkbox"/> regelmässig (+/-2Tage), <input type="checkbox"/> unregelmässig		
Dauer der Blutung: _____ Tage Zyklus-Dauer: _____ Tage (=Tage Blutung+Pause)		
Haben Sie Schmerzen während der Menstruation? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja: Nehmen Sie Schmerz-Medikamente während der Menstruation? Welche? Dosis?		
Haben Sie Schmerzen beim Geschlechtsverkehr? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Sind Sie bereits in der Menopause? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit: _____ Jahren		
Anzahl bisheriger Schwangerschaften: _____ Datum: _____ Anzahl bisheriger Geburten: _____ Datum: _____		
Haben Sie Allergien? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Falls ja, worauf? Welche Reaktion? _____		

Haben / hatten Sie eines der folgenden Leiden? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (zutreffendes bitte ankreuzen)		
<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"/> Stoffwechsel-Erkrankungen <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:		
Gibt es diese Leiden in Ihrer Familie? Welches? Bei wem?		
Hatten Sie Operationen? Welche, wann?		
Trinken Sie Alkohol? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> selten <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> regelmässig		
Falls ja, Wieviel? _____		
Rauchen Sie? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Wenn ja, _____ Zigaretten/Joins pro Tag? Seit _____ Jahren.		
Nehmen/nehmen Sie Drogen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 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)