

**Gynäkologische Endokrinologie - Fragebogen zur Gesundheit**

(Bitte gut leserlich ausfüllen)

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse	PLZ / Ort	Aktueller Beruf (Pensum %)
Tel.	Mobile	Aktuelle Krankenkasse inkl. Karten-Nr.:  807.....
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/Joints 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:		

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

Datum und Unterschrift:

Name	Dokumenten-ID	Autor/Prüfer	Datum	Version
Fragebogen	Adm/Form/1/1.1	DRE/MFA	23.12.2021	4