

Liebe Patientin,

um einen möglichst reibungslosen Behandlungsablauf zu gewährleisten bitten wir Sie, die folgenden Fragen bereits vor dem Gespräch mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt nach bestem Wissen zu beantworten. Dies soll das persönliche Gespräch mit Ihrer Ärztin bzw. Ihrem Arzt selbstverständlich nicht ersetzen, sondern dient ausschließlich der Optimierung des Behandlungsablaufes.

Bitte bringen Sie den ausgefüllten Fragebogen zu Ihrem Termin mit oder senden Sie ihn im Voraus per E-Mail an: ambi.frauenklinik@spital-limmattal.ch.

1. Persönliche Daten

Alter: _____ Grösse: _____ cm Gewicht: _____ kg

Beruf: _____ Pensum: _____ h/Woche

Versicherungsmodell: allgemein halbprivat privat Flex-Versicherung _____

Rauchverhalten: _____ tgl. (Anzahl) früher nie seit wann? _____

Alkohol: nie wenig regelmässig häufig

Andere Substanzen: _____

Allergien: _____

2. Berichte

Wer soll einen Bericht über die Konsultation erhalten?

kein Bericht gewünscht

Hausarzt/-ärztin: _____

Frauenarzt/ärztin: _____

weitere: _____

3. Grund der Konsultation

→ Fortsetzung Seite 2

4. Gynäkologische Anamnese

1. Tag der letzten Periode: _____

Zyklusdauer: _____ Blutungsdauer: _____ regelmässig unregelmässig

Zwischenblutungen: ja nein Blutungsstärke: _____

Schmerzen bei der Periode: nein ja ich muss Schmerzmittel nehmen Arbeitsausfall

Wie verhüten Sie? gar nicht

Wie alt waren Sie bei Ihrer 1. Periode? _____ Jahre

Wenn Sie Ihre Periode nicht mehr bekommen: Letzte Periode: _____ Jahr/Alter

Letzte Mammographie: Wann? _____ Wo? _____

Krebsabstrich: Wann? _____ Wo? _____

Hatten Sie schon einmal eine Darmspiegelung? Nein wenn ja, wann? _____

Haben Sie regelmäßig Stuhlgang? normal Verstopfung Durchfall Schmerzen

Haben Sie Probleme beim Wasserlassen? nein häufig Schmerzen blutig Urinverlust

5. Schwangerschaften und Geburten

Wie oft sind Sie schwanger gewesen? _____ (Gesamtzahl der Schwangerschaften)

Wie schwer war das schwerste Kind? _____

Wie viele Kinder haben Sie geboren? _____ (Kinder) vaginal: _____ Kaiserschnitt: _____

Fehlgeburten _____ Anzahl Keine

Schwangerschaftsabbrüche _____ Anzahl Keine

Stilldauer gesamt: _____

Gab es während der Schwangerschaft/Geburt/Wochenbett Komplikationen? nein

6. Vorerkrankungen

Keine

	Nein	Bekannt seit	Welche Erkrankung?
Herz/Lunge	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Magen/Darm	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Zucker/Diabetes	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Schilddrüse	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Niere	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Krebs	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Neurologisch	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Depression/ Psychiatrisch	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Gerinnungsstörungen/ Thrombose	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Infektionserkrankungen (HIV, Tuberkulose, Hepatitis, Geschlechtserkrankungen)	<input type="checkbox"/>	_____	_____
andere	<input type="checkbox"/>	_____	_____

7. Voroperationen

Keine

Bitte bringen Sie nach Möglichkeit vorhandene Operations- und Behandlungsberichte mit.

Wann	Wo	Erkrankung	Operation	Komplikationen
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

8. Familiengeschichte

System		Wer?	In welchem Alter?
Thrombose/Embolie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Schlaganfall	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Zucker/Diabetes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Brustkrebs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Unterleibskrebs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Sonstiger Krebs	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Angeborene Erkrankung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____
Andere	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	_____

9. Medikamente

Keine

Bitte tragen Sie auch frei verkäufliche, pflanzliche oder homöopathische Medikamente ein

Name	Dosierung	Einnahmeschema	Seit wann?
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Datum: _____ Unterschrift Patientin: _____

← zurück zu Seite 3