

Fra_Gyn_Ambulanzfragebogen

Ambulanzfragebogen

Sehr geehrte Patientin,
bitte beantworten Sie uns folgende Fragen zu Ihrer Krankengeschichte

Name, Vorname, Geburtsdatum.....

Telefon privat.....Mobil.....ggf. dienstlich.....

Versicherungsstatus:

Ich bin **ambulant** versichert privat – Name der Krankenkasse:

gesetzlich – Name der Krankenkasse:

Ich bin **stationär** versichert privat – Name der Krankenkasse:

gesetzlich – Name der Krankenkasse:

zusatzversichert – Name der Krankenkasse:

mit Chefarztbehandlung 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer

Ihr Frauenarzt (wenn möglich Adresse und Telefonnummer):

.....

Alter: Größe:Gewicht:

Sind bei Ihnen folgende Erkrankungen bekannt (bitte mit ja oder nein ankreuzen):

Bluthochdruck (Hypertonie) ja nein

Herzrhythmusstörungen (Arrhythmie) ja nein

Herzschwäche (Herzinsuffizienz) ja nein

Schlaganfall (Apoplex) ja nein

Lungenentzündung (Pneumonie) ja nein

Lungentuberkulose ja nein

Leberentzündung (Hepatitis) ja nein

Magenschleimhautentzündung (Gastritis) ja nein

Magengeschwür (Ulcus ventriculi) ja nein

Störungen der Blutgerinnung (z.B. Thrombose,Embolie) ja nein

- Darmgeschwür ja nein
- Blutzuckererkrankung (Diabetes mellitus) ja nein
- Nierenerkrankungen ja nein
- Schilddrüsenerkrankung (Unter- und Überfunktion) ja nein
- Gefäßerkrankung (Varizen, Durchblutungsstörungen) ja nein
- Frühere Tumorerkrankungen ja nein

wenn ja, welche

.....
.....

Einnahme von Medikamenten:

.....
.....

Folgende Operationen wurden bei mir durchgeführt (bitte Jahreszahl und Art der Operation):

.....
.....

Allergien:

.....

Meine letzte Periodenblutung:

- Mein Zyklus ist: regelmäßig und dauert.....Tage, dabei blute ich.....Tage lang
 unregelmäßig postmenopausal

Wie oft waren Sie schwanger? :mal

Anzahl der Kinder:

Haben Sie gestillt? ja nein

Mein letzter Frauenarztbesuch zur Krebsfrüherkennung war am:

Ich hatte eine Mammographie: ja, am nein

Ich rauche nicht ich rauche Zigaretten pro Tag

Ich trinke Alkohol gar nicht gelegentlich regelmäßig

In meiner Familie leiden folgende Verwandte (Eltern, Geschwister, Großeltern, Tanten, Onkel, etc.) an einer der folgenden Krebserkrankungen:

.....
.....
.....