

Fra_Gyn_Ambulanzfragebogen

Ambulanzfragebogen

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

Name, Vorname, Geburtsdatum.....

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

Ich bin ambulant bei der.....Krankenkasse versichert

Ich bin stationär bei der.....Krankenkasse versichert

Ihr Frauenarzt (wenn möglich Adresse und Telefonnummer):

.....

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, etc.) 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 wenn ja, welche

ja

nein

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: