

Fragebogen Frau ♀

Bitte senden Sie diesen Fragebogen so schnell wie möglich an uns zurück. Sollten Sie bereits Vorbefunde anderer Ärzte haben, senden Sie uns auch diese vorab zu.
Vielen Dank!

Nachname _____	Vorname _____
Geburtsdatum _____	Beruf _____
Geburtsname _____	Geburtsort _____
Telefonnummer _____	Handy-Nr. _____
Straße, Hausnummer _____	PLZ / Wohnort _____
Krankenversicherung _____	Beihilfeanspruch _____
Lebenspartnerschaft seit _____	Verheiratet seit _____
E-Mail Adresse _____	
Frauenärztin/-arzt (mit Adresse) _____	
Falls Informationsweitergabe gewünscht, Hausärztin/-arzt (mit Adresse) _____	

Körpergröße _____ cm Gewicht _____ kg Alter _____

Allergien, vor allem gegen Medikamente	
Nikotin	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Anzahl pro Tag
Bitte lassen Sie Ihren Impfstatus durch Ihren Hausarzt oder Frauenarzt überprüfen.	
Hatten Sie Windpocken, Röteln oder Keuchhusten in der Vorgeschichte oder wurden Sie dagegen geimpft? Wenn ja, wann?	<p>Windpocken <input type="checkbox"/> gehabt <input type="checkbox"/> geimpft 1. Impfung _____ Datum/ Impfstoff 2. Impfung _____ Datum/ Impfstoff</p> <p>Röteln <input type="checkbox"/> geimpft 1. Impfung _____ Datum/ Impfstoff 2. Impfung _____ Datum/ Impfstoff</p> <p>Masern <input type="checkbox"/> geimpft 1. Impfung _____ Datum/ Impfstoff 2. Impfung _____ Datum/ Impfstoff</p> <p>Covid-19 <input type="checkbox"/> geimpft 1. Impfung _____ Datum/ Impfstoff 2. Impfung _____ Datum/ Impfstoff</p> <p style="padding-left: 150px;">3. Impfung _____ Datum/ Impfstoff 4. Impfung _____ Datum/ Impfstoff</p>
Erkrankungen und aktuelle Medikamente	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Schilddrüsenerkrankung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche? _____ Medikation? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Zika Virus <input type="checkbox"/> Malaria <input type="checkbox"/> Cytomegalie (CMV) <input type="checkbox"/> Chagas-Krankheit (Trypanosoma cruzi)</p> <p><input type="checkbox"/> humanes T-lymphotropes Virus 1</p>
Operationen (z.B. Eileiterdurchgängigkeitsprüfung, Sterilisation, Eileiterentfernung) (Bitte Ergebnisse detailliert eintragen.)	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Eileiterdurchgängigkeitsprüfung _____ Datum Eileiterverschluss rechts ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 150px;">Eileiterverschluss links ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p> <p>Gebärmutter Spiegelung _____ Datum Wenn eine Untersuchung erfolgt ist,</p> <p>Sterilisation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____ Datum bitte Befunde einreichen.</p>

Bitte wenden

