

Fragebogen Erstkonsultation

Vorname _____ Name _____

Strasse _____ PLZ/Ort _____

Telefon privat _____ Handy privat _____

Geburtsdatum _____ E-Mail privat _____

Falls keine E-Mail Adresse angegeben wird, entstehen Ihnen Kosten durch den Postversand der Rechnungskopie (gesetzliche Vorgabe)

Ich bin dem EPD angeschlossen Ja Nein

Mein EPD ist Cara Ja Nein

Falls nein, wo angeschlossen? _____

Ich erlaube der Frauenpraxis Dr. med. Johann Zugang zum EPD Ja Nein

Ich habe eine Patientenverfügung Ja Nein

Hausarzt/-ärztin _____

Weitere Ärzte, die Berichte erhalten dürfen _____

Beruf _____ AHV-Nr. _____

Krankenkasse _____ Vers.-Nr. _____

Zusatzversicherung _____ Vers.-Nr. _____

Kontaktperson privat, der Auskunft gegeben werden darf

Vorname _____ Name _____

Handy privat _____ E-Mail privat _____

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungsstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Ich erlaube im Vertretungsfall/Notfall die Einsicht in meine Akten für vertretende Ärzte. Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnungsstellung direkt an meine Krankenkasse erfolgt (Tier payant). Eine Rechnungskopie wird automatisch zugestellt. Meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Ansicht anzufordern sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt/Vertrauensarzt KK zuzusenden. Ich erkläre mit meiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben. Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich mit der Bearbeitung meiner Daten, den Zugriffen auf die Daten durch die Ärztin oder den Arzt sowie der Weitergabe der Daten an Dritte gemäss Patienteninformation auf der folgenden Seite einverstanden bin. Ich bin mir möglicher Risiken des Datenaustausches von besonders schützenswerten Personendaten (mögliche Einsicht von unberechtigten Dritten bei unsicheren Kommunikationswegen) sowie meiner Rechte bewusst und gebe mein Einverständnis für den gegenseitigen Kontakt zwischen meiner Ärztin/meinem Arzt und mir als Patient/in durch die oben angegebenen Kontaktinformationen. Patienteninformationen werden seitens der Arztpraxis ausschliesslich über gesicherte Kommunikationswege weitergegeben. Ich bin einverstanden, dass administrative Anliegen wie zum Beispiel Terminverschiebungen mit unverschlüsselter E-Mail-Kommunikation (@hin-Adresse zu Empfängeradresse wie @bluewin.ch, @gmail.com etc.) erfolgen.

Datum _____ Unterschrift _____

Fragebogen Erstkonsultation

Seite 2

Eigene Krankengeschichte

Erste Mens im Alter von _____ Jahren

Letzte Mens _____

Wechseljahre im Alter von _____ Jahren

Haben Sie Menstruationsbeschwerden? Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Schwangerschaften Ja Nein

Falls ja, welche Jahre? _____

Geburten (spontan, Kaiserschnitt) _____

Fehlgeburten, Schwangerschaftsunterbrechungen _____

Gynäkologische Erkrankungen Ja Nein

Falls ja, welche? _____

Gynäkologische Operationen _____

Haben Sie Kinderwunsch? Ja Nein

Verhüten Sie? Ja Nein

Falls ja, wie und seit wann? _____

Haben Sie schon mal eine Ultraschall oder Röntgenuntersuchung der Brust gehabt? Ja Nein

Falls ja, wann und warum? _____

Haben Sie Beschwerden mit Urinverlust oder Stuhlverlust? Ja Nein

Haben Sie sonstige Blasen- oder Senkungsbeschwerden? Ja Nein

Allgemeine Gesundheit

Rauchen Sie? Ja Nein

Falls ja, wie viel und seit wann? _____

Trinken Sie Alkohol? Ja Nein

Falls ja, wie viel pro Tag? _____

Fragebogen Erstkonsultation

Seite 3

Haben Sie Allergien? Ja Nein

Falls ja, welche?

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein? Ja Nein

Falls ja, welche?

Wurden Sie schon einmal operiert? Ja Nein

Falls ja, wann und warum?

Leiden Sie an Bluthochdruck? Ja Nein

Leiden Sie an Diabetes? Ja Nein

Hatten Sie schon einmal ein Blutgerinnsel (Thrombose, Embolie)? Ja Nein

Familiengeschichte

Leidet in der Familie jemand an Brust-, Eierstock- oder Gebärmutterkrebs? Ja Nein

Falls ja, wer?

Leidet in der Familie jemand an anderen Krebsarten? Ja Nein

Falls ja, wer und an was?

Leidet jemand in der Familie an Bluthochdruck, Diabetes, erlitt einen Herzinfarkt, Thrombose oder Embolie? Ja Nein

Falls ja, wer und an was?

Sind in der Familie Kinder behindert zur Welt gekommen oder kurz vor oder nach der Geburt verstorben? Ja Nein

Falls ja, wissen Sie genaueres?

Erkrankte eine nahe Verwandte an einer Schwangerschaftsvergiftung? Ja Nein

Wenn ja, wissen Sie genaueres?

Erlitt eine nahe Verwandte eine Frühgeburt? Ja Nein

Wenn ja, wissen Sie genaueres?
