

Personalien



Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Telefon privat _____ Telefon mobile _____

Telefon Geschäft _____ E-Mail _____

Adresse, PLZ und Ort _____

Beruf _____ Arbeitgeber _____

Telefon & Name Angehörige _____

Hausarzt und andere Spezialärzte _____

Krankenkasse _____

Ich erteile die Erlaubnis, die für die Rechnungstellung erforderlichen Daten sowohl an die rechnungsstellende (z.B. Medidata) als auch an die mit einem allfälligen Inkasso beauftragte Institution oder den damit befassten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten. Ich bin damit einverstanden, dass die Rechnungsstellung direkt an meine Krankenkasse erfolgt (Tier payant). Meine Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Ansicht anzufordern sowie medizinische Ergebnisse dem behandelnden Arzt/ Vertrauensarzt KK zuzusenden. Ich erkläre mit meiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht zu haben.

Datum/Unterschrift _____

Wünschen Sie eine Erinnerung an Ihre nächste Kontrolle? Ja Nein

Bitte wenden

Dr. med. Mareen Reichert

Fachärztin Gynäkologie
und Geburtshilfe FMH

Marktstrasse 9
6060 Sarnen

T 041 666 78 88
F 041 666 78 89

info@frauenpraxis-sarnen.ch
www.frauenpraxis-sarnen.ch

Fragebogen der Frauenpraxis Sarnen für Frau Dr. med. Mareen Reichert



Eigene Krankengeschichte

Erste Regelblutung im Alter von circa: Jahren

Wechseljahre im Alter von circa: Jahren

	Ja	Nein	Notizen
Haben Sie Menstruationsbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Falls ja welche:

Schwangerschaften & Geburten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--

Falls ja in welchen Jahren:

Spontan oder Kaiserschnitt:

Fehlgeburten/sonstige Schwangerschaften?

Gynäkologische Erkrankungen & Operationen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--------------------------	--

Falls ja welche:

Hatten Sie bereits ein Brustströntgen (Mammographie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--

Falls ja wann:

Kinderwunsch?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----------------------	--------------------------	--------------------------	--

Allgemeine Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-------------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Falls ja welche:

Probleme mit der Blase oder dem Stuhlgang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--------------------------	--

Falls ja welche:

Verhüten Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
----------------------	--------------------------	--------------------------	--

Rauchen/Alkohol/Drogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-------------------	--------------------------	--------------------------	--

Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---------------------	--------------------------	--------------------------	--

Falls ja welche:

Allgemeine Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Bluthochdruck/Diabetes/Thrombosen/Embolien:

Weitere:

Familien-Krankengeschichte

Brustkrebs/Unterleibskrebs in der Familie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--------------------------	--

Falls ja bei wem, welcher und welches Alter:

Thrombosen/Lungenembolien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
------------------	--------------------------	--------------------------	--

Bluthochdruck/Herzerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--	--------------------------	--------------------------	--

Sonstige familiäre Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---	--------------------------	--------------------------	--

Genetische Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
---------------------------------	--------------------------	--------------------------	--

Stichpunkte für unser heutiges Gespräch:

Was ist Ihnen wichtig bei der Arzt-Patienten-Beziehung?