

Fragebogen zur Krankengeschichte

Bitte ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

Befanden Sie sich in den letzten fünf Jahren in ärztlicher Behandlung? ja nein
Wegen welcher Erkrankung?

Hatten Sie in den letzten zwei Jahren auffällige Laborbefunde? ja nein
(z.B. Entzündungsmarker, Leberwerte, Cholesterin, Blutgerinnungsmarker)

Frühere Operationen ja nein
Welche? Wann?

Leiden sie an Allergien oder Unverträglichkeiten? ja nein
(z.B. Medikamente, Latex, Nahrungsmittel, andere)

Rauchen Sie oder haben Sie regelmässig geraucht? ja nein
Wenn ja, wie viele Zigaretten am Tag?

Trinken Sie Alkohol? ja nein
Wenn ja, wie oft / wie viel?

Nehmen oder nahmen Sie je Drogen? ja nein
Wenn ja, welche?

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? ja nein
Wenn ja, welche? Bitte alle (auch Pflanzenpräparate) angeben.

Ist Ihnen bekannt, dass Sie an einer der folgenden Krankheiten leiden oder litten?

Bitte ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

Herzerkrankung? ja nein
(z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzschrittmacher, Herz-Rhythmusstörungen)

Kreislauf- und Gefässerkrankungen? ja nein
(z.B. Durchblutungsstörung, Thrombose, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, ausgeprägte Krampfadern)

Bluterkrankung? ja nein
(z.B. Blutarmut, Neigung zu Blutergüssen, Neigung zu Blutgerinnseln)

Lungen oder Atemwegserkrankungen? ja nein
(z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe, Husten, Auswurf, Lungenembolie)

Magen oder Darmerkrankungen? ja nein
(z.B. Sodbrennen, Reflux, häufiges Erbrechen)

Lebererkrankung? ja nein
(z.B. Gallensteine, Gallenblasenentzündung, gutartige oder bösartige Lebertumoren, Leberzirrhose)

Nierenerkrankung? ja nein
(z.B. Nierenfunktionsstörungen, Nierensteine)

Skelett oder Muskelerkrankungen? ja nein
(z.B. Arthrose, Rheuma)

Stoffwechselerkrankungen? ja nein
(z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüse, Gicht)

Nervenleiden? ja nein
(z.B. Depression, Hirnschlag, Epilepsie, Lähmung, Migräne)

Leiden Sie an einer anderen, nicht aufgeführten Erkrankung? ja nein
An welcher?

Ist Ihnen bekannt, dass ein naher Angehöriger (Mutter, Vater, Geschwister, Grosseltern, Kinder, Tanten, Onkel) an einer der folgenden Krankheiten leidet oder litt?

Bitte ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

Krebserkrankung? ja nein
(z.B. Brustkrebs, Lungenkrebs, Darmkrebs, Unterleibskrebs, Leukämie, Lymphdrüsenkrebs)

Herzerkrankung? ja nein
(z.B. Herzinfarkt, Angina pectoris, Herzfehler, Atemnot beim Treppensteigen, Herzschrittmacher, Herz-Rhythmusstörungen)

Kreislauf- und Gefässerkrankungen? ja nein
(z.B. Durchblutungsstörung, Thrombose, zu hoher oder zu niedriger Blutdruck, ausgeprägte Krampfadern)

Lungen oder Atemwegserkrankungen? ja nein
(z.B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe, Husten, Auswurf, Lungenembolie)

Magen oder Darmerkrankungen? ja nein
(z.B. Sodbrennen, Reflux, häufiges Erbrechen)

Lebererkrankung? ja nein
(z.B. Gallensteine, Gallenblasenentzündung, gutartige Lebertumoren, Leberzirrhose)

Nierenerkrankung? ja nein
(z.B. Nierenfunktionsstörungen, Nierensteine)

Stoffwechselerkrankungen? ja nein
(z.B. Zuckerkrankheit, Schilddrüse, Gicht)

Nervenleiden? ja nein
(z.B. Hirnschlag, Epilepsie, Lähmung, Migräne)

Bluterkrankung? ja nein
(z.B. Blutarmut, Neigung zu Blutergüssen, Neigung zu Blutgerinnseln)

Leidet ein naher Angehöriger einer schweren, nicht aufgeführten Erkrankung?
An welcher? ja nein

Die folgenden Fragen füllen Sie bitte nur aus, wenn Sie bei uns in frauenärztlicher Betreuung sind.

Bitte ankreuzen und Zutreffendes unterstreichen oder erwähnen.

Haben Sie geboren? ja nein

Wann? Wie (Spontangeburt, Saugglocke, Zange, Kaiserschnitt)? Geburtsgewicht des Kindes?

Hatten Sie eine Fehlgeburt oder Abtreibung? ja nein

Sind Sie mit Ihrer aktuellen Verhütungsmethode zufrieden? ja nein

Welche?

Haben Sie regelmässig Ihre Menstruationsblutung? ja nein

Hatten Sie bereits Ihre Menopause? ja nein

Wenn ja, wann? In welchem Alter?

Haben Sie jemals eine Hormonersatztherapie erhalten? ja nein

Erleben Sie oder haben Sie körperliche oder seelische Gewalt erlebt? ja nein

Im 2004 wurde in Zürich eine Untersuchung durchgeführt, die zeigte, dass viele Frauen unter körperlicher oder seelischer Gewalt leiden. Auf Grund dieses Resultates fragen wir nun alle Patientinnen routinemässig, ob sie Gewalt erleben oder Gewalt erlebt haben. Ziel ist, den betroffenen Frauen die Möglichkeit zu geben, darüber zu sprechen und/oder Hilfsmittel aufzuzeigen.

Datum / Unterschrift

Buchrain,
