



Anmeldeformular für Patientinnen

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Nationalität: _____ Beruf: _____

Zivilstand: _____

Strasse: _____ Postleitzahl/Ort: _____

Telefon: _____ Mobile: _____ E-Mail: _____

Arbeitgeber und Tel. Nr.: _____

Gesetzlicher Vertreter und Adresse, Telefonnummer: _____

Krankenversicherung: _____ Zusatzversicherung: _____

Hausarzt/-ärztin: _____

Bitte füllen Sie alle Seiten aus, danke!



Wir bitten Sie, folgenden Fragebogen in Ruhe und möglichst genau auszufüllen. So können wir mögliche Vorerkrankungen oder familiäre Belastungen bei Ihrer Behandlung berücksichtigen und Sie möglichst ganzheitlich behandeln.

Sind in Ihrer **Familie** oder bei **Ihnen selbst** folgende Erkrankungen bekannt:
Bitte geben Sie an, **wer** die entsprechende Erkrankung hatte:

- Diabetes? _____ ja nein
- Thrombose/Lungenembolie? _____ ja nein
- Herzerkrankungen/ Schlaganfall? _____ ja nein
- Erberkrankungen? _____ ja nein
- Krebs? Brustkrebs? _____ ja nein
- Krampfadern? _____ ja nein
- Osteoporose? _____ ja nein
- Schwangerschaftsvergiftung? _____ ja nein

Hatten Sie folgende Kinderkrankheiten oder sind Sie dagegen geimpft?

- Masern? ja nein geimpft
- Mumps? ja nein geimpft
- Röteln? ja nein geimpft
- Wilde Blattern/Windpocken ja nein geimpft

Gegen welche anderen Krankheiten sind Sie geimpft?

Z.B. Hepatitis, Gebärmutterhalskrebs (HPV): _____

Rauchen Sie regelmässig mehr als 5 Zigaretten/ Tag? ja nein
Konsumieren Sie regelmässig mehr als 5dl Wein/1l Bier? ja nein
Konsumieren Sie Drogen, z.B. Cannabis, Haschisch, Heroin Kokain? ja nein
Bestehen bei Ihnen Allergien? ja nein
Wenn ja,
wogegen? _____

Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung? ja nein
Leiden Sie an Migräne? ja nein
Leiden Sie unter Bluthochdruck? ja nein

Haben Sie eine chronische Erkrankung? Wenn ja welche?



Sind Sie operiert worden, wenn ja: Wann und was wurde wo operiert

Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?
Welche? _____

Verwenden Sie ein Verhütungsmittel? ja nein
Wenn ja, welches Verhütungsmittel und seit wann? _____

Hatten Sie schon mal eine Mammographie? ja, zuletzt _____ nein
Hatten Sie schon mal einen Brustultraschall? ja, zuletzt _____ nein
Wann war Ihre letzte gynäkologische Vorsorgeuntersuchung?

Wie alt waren Sie bei Ihrer ersten Regelblutung? _____

Wie lange dauert eine Regelblutung? _____

Ist die Stärke normal (3-4 Binden/Tampons pro Tag)? ja nein
Ist sie regelmässig (alle 4 Wochen)? ja nein
Müssen Sie Schmerzmittel nehmen? ja nein
Wann hat die letzte Regelblutung begonnen? _____

Haben Sie geboren? ja nein
Wie (spontan oder Kaiserschnitt)? _____
Wann? _____

Hatten Sie Fehlgeburten oder Abbrüche? ja nein
Wenn ja, in welchem Jahr? _____

Hatten Sie eine Unterleibsentzündung? ja nein

Wie gross und wie schwer sind Sie?

Leben Sie in einer Partnerschaft oder Ehe ?

Haben Sie Fragen/Probleme zum Thema Sexualität?



Praxis von Frau zu Frau

Haben Sie ein besonderes Anliegen oder spezielle Fragen an uns?

Wie wurden Sie auf unsere Praxis aufmerksam?

Im Verhinderungsfall bitten wir Sie vereinbarte Termine bis 24 Stunden vorher abzusagen. Für unentschuldigtes Fernbleiben behalten wir uns vor, Ihnen eine Taxe von CHF 50.00 in Rechnung zu stellen.

Üblicherweise rechnen wir direkt mit den Krankenkassen ab (Tiers payant). Falls Sie die Rechnung selbst erhalten möchten (Tiers garant). In jedem Fall erhalten Sie eine Rechnungskopie, sollten Sie dies nicht wollen, teilen Sie uns dies bitte mit.

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.

Mein(e) Arzt/Ärztin ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern, sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben. Zudem dass der Arzt seine Rechnungen elektronisch via MediPort verschickt.

Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für das Ausfüllen des Bogens – Ihr Praxisteam
