



## 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**

---