



Selbstauskunft Frauenkrankheiten

Name, Vorname		Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Divers		
Straße und Hausnummer	Postleitzahl und Ort	
Behandelt wegen		

1. Wie lautet die ärztliche Diagnose ?	<input type="checkbox"/> Endometriose <input type="checkbox"/> Entzündung <input type="checkbox"/> Tumor <input type="checkbox"/> Gebärmutterverlagerung <input type="checkbox"/> Zyste <input type="checkbox"/> Menstruationsbeschwerden <input type="checkbox"/> Gebärmuttermyom <input type="checkbox"/> Wechseljahresbeschwerden <input type="checkbox"/> Unregelmäßige Blutungen <input type="checkbox"/> Sonstige, und zwar		
2. Welche Beschwerden haben bzw. hatten Sie ?			
3. Wann sind diese Beschwerden erstmals aufgetreten ?			
4. Bestehen aktuell Beschwerden ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar		
5. Wie oft wurden Sie in den letzten drei Jahren behandelt			
6. Wann fanden diese Behandlungen statt ?	von bis von bis von bis		
7. Wie wurden Sie behandelt ? (Berichte beilegen)	<input type="checkbox"/> Operation <input type="checkbox"/> weitere Behandlung und zwar <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Bestrahlung		
8. Welche Medikamente werden bzw. wurden eingenommen ?	a) Name		
	b) Dosierung		
	c) Zeitraum/Dauer der Einnahme		
9. Hatten Sie Fehlgeburten ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
10. Besteht eine Sterilität ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
11. Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch ?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
12.	a) Wurden künstliche Befruchtungen durchgeführt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
	b) sind diese geplant?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
13. Welches Ergebnis hatte Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung? (PAP-Befund)	Untersuchung am Ergebnis		
14. In welchen Zeitabständen müssen Sie zu einer Kontrolluntersuchung?			
15. Besteht aktuell	a) Behandlungsfreiheit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	
	b) Beschwerdefreiheit	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, seit	
16. Bei welchen Ärzten bzw. in welchen Krankenhäusern wurden Sie behandelt ? (Namen und Anschrift angeben)			

Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person (unter 16 Jahren deren gesetzlicher Vertreter)