

Selbstauskunftsbogen

Bitte füllen Sie die für Sie zutreffenden Angaben aus

Persönliche Angaben

Name, Vorname

Geburtsdatum

3. Frauenkrankheiten

1. Wie wurde die Erkrankung ärztlicherseits bezeichnet (z. B. Myom, Zyste)?

2. Welche Beschwerden hatten bzw. haben Sie?

• Unterleib: Gebärmutter, Eierstöcke (z. B. Schmerzen, Blutungen)

• Brustbeschwerden (z. B. Entzündung, Verhärtung, Zysten)

3. Wann sind sie erstmals aufgetreten?

• Wann zuletzt?

4. Von wann bis wann wurden Sie behandelt?

• Wie oft wurden Sie behandelt?

5. Wie wurde/wird behandelt (z. B. Operation, Bestrahlung, Chemotherapie)?

6. Welche Medikamente nehmen Sie noch ein (Namen und Dosierung angeben)?

7. In welchen Zeitabständen müssen Sie sich einer Kontrolluntersuchung unterziehen?

8. Hatten Sie Fehlgeburten?

Ja Nein

• wenn ja, wann?

• Ursache?

9. Liegt Sterilität vor?

Ja Nein

• Besteht ein unerfüllter Kinderwunsch?

Ja Nein

10. Welche Behandlungen sind geplant, bzw. erforderlich?

11. Sind Sie jetzt vollkommen gesund?

Ja Nein

12. Welche Behandlungen sind geplant, bzw. erforderlich?