

## Fragebogen - Gynäkologische Erkrankungen

### Kundin

|              |                      |               |                      |
|--------------|----------------------|---------------|----------------------|
| Name         | <input type="text"/> | Vorname       | <input type="text"/> |
| Strasse      | <input type="text"/> | PLZ / Ort     | <input type="text"/> |
| Geschlecht   | <input type="text"/> | Tel.          | <input type="text"/> |
| Geburtsdatum | <input type="text"/> | eMail         | <input type="text"/> |
| Kundennummer | <input type="text"/> | Antragsnummer | <input type="text"/> |

Die anhand dieses Dokuments eingeholten Informationen werden streng vertraulich behandelt und unterliegen dem standesrechtlichen Berufsgeheimnis.  
Bitte zutreffende Antworten ankreuzen und gegebenenfalls mit näheren Angaben bzw. Daten ergänzen. **Es ist nicht nötig, die Patientin dazu aufzubieten.**

Körpergrösse:  cm      Gewicht:  kg      Datum:

Blutdruck:  mmHg systolisch /  mmHg diastolisch      Datum:

Raucherin:     Nein     Ja    Falls ja, was?     Anzahl/Tag?     E-Zigaretten:  Nein     Ja

Hat früher geraucht:  Nein     Ja    Seit wann nicht mehr?

### Diagnose

Datum der Diagnose:

Diagnose:

### Durchgeführte oder geplante Untersuchungen

Welche:

Datum:

Ergebnisse:

### Durchgeführte oder geplante Behandlungen

medikamentös     chirurgisch

Welche:

Datum:

Ergebnisse:

## Verdacht auf Malignität?

- Nein  Ja: Geben Sie bitte den genauen histologischen Befund des entnommenen Gewebes an.

## Ist die Patientin heute vollständig geheilt?

- Nein: Welche Symptome treten weiterhin auf?

Prognose:

- Ja: Wann sind die Symptome zuletzt aufgetreten?

Die ärztliche Betreuung endete am:

## Auffällige PAP-Abstriche oder Screenings auf Gebärmutterhalskrebs: Nein Ja

Datum:

Ergebnisse:

Behandlung:

## Hysterektomie:

- Nein  Ja

Datum:

Begründung:

Histologie:

## Weitere Kommentare

Bitte legen Sie Kopien allfälliger Spezialuntersuchungen sowie die Ergebnisse und Referenzwerte aller Laborbefunde bei.

Arzt/Ärztin

Telefon  Fax

eMail

Datum

## Elektronische Übermittlung

Mittels dem Button «Senden» übermitteln Sie das Formular direkt und gesichert an den ärztlichen Dienst der Mobiliar.