

Fragebogen: Frauenkrankheiten

A

Versicherte Person	Geb.-Datum
Weiterleitung an Gesellschaft(en)	

B

1. Wie lautet die exakte Diagnose?

- Gebärmutterhalskrebs
 Myom
 Ovarialzyste
 Mammakarzinom
 Klimakterium
 Endometriose
 Sterilität/unerfüllter Kinderwunsch
 Fehlgeburt
 HPV-Werte außerhalb des Normbereiches (bitte zytologischen Befund mit einreichen)
 Brusterkrankung | welche: _____
 Sonstiges: _____

2. Welche Beschwerden traten auf?

- Blutungen
 Schmerzen | wo: _____
 Krämpfe
 Sonstiges: _____

3. Wurden Brust, Gebärmutter oder Eierstöcke entfernt?

- Ja | nähere Angaben: _____
 Nein

4. Wurden Sie mit Röntgen- oder Radiumstrahlen behandelt oder fand eine Chemotherapie statt?

- Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

5. Wann traten die Beschwerden erstmalig auf?

Datum: (mindestens MM/JJJJ)

6. Fanden ambulante Behandlungen statt?

- Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

7. Welche Behandlungen fanden statt? (Bitte stellen Sie uns Berichte, Werte, o.ä. zur Verfügung)

- Medikation

Name	Dosierung
------	-----------

Einnahme seit	<input type="checkbox"/> abgeschlossen seit: _____ <input type="checkbox"/> dauerhaft
---------------	---

- Untersuchungen

welche	Ergebnis
--------	----------

- Sonstiges: _____

Fragebogen: Frauenkrankheiten

B

8. Finden regelmäßige Kontrolluntersuchungen statt?

- Ja | in welchen Abständen: _____
 Nein

9. Fand eine stationäre Behandlung statt?

- Ja OP | Datum der OP: _____ Art: _____
 OP angeraten | wann: _____ Art: _____
 Sonstiges: _____
- Nein

10. Fand ein Kur- oder Sanatoriumsaufenthalt statt?

- Ja Aufenthalt | von: _____ bis: _____
 Aufenthalt angeraten: _____
 Sonstiges: _____
- Nein

11. Bestanden wg. der o.g. Erkrankungen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit?

- Ja | von: _____ bis: _____
 Nein

12. Besteht Behandlungsfreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

13. Besteht Beschwerdefreiheit?

- Ja | seit: _____ Nein

Ort, Datum

Unterschrift Kunde