



**Dr. med. Regine Laser**  
Gynäkologie und Geburtshilfe FMH

Liebe Patientin,

da Sie neu zu uns kommen, bitten wir Sie, diesen Fragebogen auszufüllen. Die Daten werden in unser IT-System übertragen. Bringen Sie beide Seiten ausgefüllt bitte zu dem ersten Termin mit (evtl. auch den Allergie-Pass, Impf-Pass, Blutgruppen-Karte, Vorbefunde etc.). Herzlichen Dank!

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Tel. privat \_\_\_\_\_ Tel. Natel \_\_\_\_\_

Krankenkasse Grundversicherung \_\_\_\_\_

Abrechnung:  mit der Krankenkasse (Tiers Payant/TP)  Rechnung an mich (Tiers Garant/TG)

Versicherung Krankenhaus/stationär:  allgemein  halbprivat  privat

Ich möchte per E-Mail an meine fälligen Jahreskontrollen erinnert werden.  
 ja  nein

Ich möchte per E-Mail mit der Praxis kommunizieren und bin einverstanden, dass medizinische Inhalte per E-Mail übermittelt werden. Falls Sie dies möchten, informieren wir Sie, dass die als ärztliche Leistung geschriebenen E-Mails mangels anderer TARMED-Ziffern als Telefonate abgerechnet werden.  
 ja  nein

Frau Dr. Laser ist ermächtigt, medizinische Akten über mich zur Einsicht anzufordern sowie medizinische Ergebnisse dem nachbehandelnden Arzt zuzusenden.

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 beauftragten Rechtsanwalt sowie die zuständigen staatlichen Instanzen weiterzuleiten.

Ich erkläre mit meiner Unterschrift, die obigen Angaben wahrheitsgetreu gemacht und zur Kenntnis genommen zu haben, dass die Ärztin ihre Rechnungen elektronisch via Curabill verschickt.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_



Dr. med. Regine Laser  
Gynäkologie und Geburtshilfe FMH

**Medizinischer Fragebogen von:** \_\_\_\_\_ (Bitte Namen eingeben!)

Wir haben Verständnis, dass Sie vielleicht manche Punkte hier nicht erwähnen wollen, dies können Sie dann Dr. Laser gerne persönlich mitteilen.

**Was ist der Anlass Ihres Besuchs in der Praxis?** \_\_\_\_\_

### Gynäkologische Fragen:

Alter bei erster Blutung im Leben: \_\_\_\_\_ Die aktuell letzte Blutung war am: \_\_\_\_\_

Blutungsrhythmus:  zu oft  normal (26-30)  seltener  chaotisch  keine Blutung

Blutungsstärke:  wenig  o.k.  zu stark  Eisenmangel  Schmerzen  zu lang

**Schwangerschaften/Geburten:** \_\_\_\_\_

### Verhütung:

kein Bedarf  Kondom  Pille/Ring/Pflaster: \_\_\_\_\_  Spirale: \_\_\_\_\_

Implanon  NFP  Sterilisation bei mir  beim Partner  anderes: \_\_\_\_\_

**Operationen:** \_\_\_\_\_

### Meine Erkrankungen:

(z.B. Depressionen, Blutgerinnungsprobleme, Thrombose, Herzinfarkt, Lungenembolie, Schlaganfall, Bluthochdruck, Diabetes, Schilddrüsenstörungen, Migräne (Aura?), Asthma, Epilepsie, Osteoporose, Suchterkrankungen, Krebserkrankungen)

gesund  ich habe: \_\_\_\_\_

Ich rauche pro Tag \_\_\_\_  Kaffee pro Tag \_\_\_\_  Alkohol pro Woche \_\_\_\_  sehr viel Stress

### Ernährung:

vegetarisch  vegan  mit Fleisch  andere \_\_\_\_\_

### Meine Medikamente/Nahrungsergänzungsmittel/Suchtstoffe:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Erkrankungen bei meinen Eltern und Geschwistern:

gesund  sie haben: \_\_\_\_\_

### Leben:

mit Partner/in  bei den Eltern  alleinlebend/alleinerziehend  WG

berufstätig \_\_\_\_% als \_\_\_\_\_  nicht berufstätig/pensioniert  Kindererziehung

kein Sport  Sport: \_\_\_\_\_ Stunden pro Woche \_\_\_\_\_