



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 gebuchten Termine oder 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 TARMEZ-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

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 _____