

# 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