

Dr. Doris Stolzlechner

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

ANAMNESEBOGEN

BITTE ZU IHREM BESUCH BEI UNS AUSGEFÜLLT MITNEHMEN!

BITTE LESERLICH AUSFÜLLEN:

FAMILIENNAME, VORNAME, AKAD. TITEL:

GYNÄKOLOG ERKRANKUNGEN; SEIT WANN?

GEBURTSDATUM, VERSICHERUNGSNUMMER:

GYNÄKOLOG OPERATIONEN; WANN,WO ?

KRANKENKASSE:

DAUERMEDIKAMENTE, SEIT WANN?

BERUF/STUDIUM, WELCHES?

ALLERGIEN :

PRIVATADRESSE: STRASSE/NR

WIEVIELESCHWANGERSCHAFTEN, WANN?

POSTLZ/ORT

GEBURTEN, KOMPLIKATIONEN, KRANKENHAUS?

TELEFON NUMMER:

WANN?

EMAIL:

ERSTE PERIODE, LETZTE PERIODE:

WIE SIND SIE ZU UNS GEKOMMEN? (Freunde, Web etc.)

SEXUELLE PROBLEME?

WARUM SIND SIE HEUTE DA?

WECHSELBESCHWERDEN:

KRANKHEITEN IN FAMILIE?

VERHÜTUNG, SEIT WANN? FALLS PILLE WELCHE?

ALLGEMEINE ERKRANKUNGEN:

SONSTIGES:

Dr. Doris Stolzlechner

Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe

Liebe Patientinnen, sämtliche Vaginalabstriche werden von uns an das Labor Kaserer & Beer geschickt, die Befundung erfolgt in Eigenverantwortung des Labors.

Die Krankenkasse bezahlt nur Leistungen in Krankheitsfällen. Die österreichische Gesellschaft für Gynäkologie empfiehlt weitere Untersuchungen im Rahmen der gynäkologischen Vorsorge, die keine Kassenleistung sind und von der Krankenkasse nicht rückerstattet werden.

- | | JA | NEIN |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 1. Jährliche Chlamydientestung für Frauen im gebärfähigem Alter. Chlamydien werden durch Geschlechtsverkehr übertragen und sind nicht immer mit Beschwerden verbunden. Unbehandelt können sie die Eileiter verkleben und zu Unfruchtbarkeit führen (Preis €100,-) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. HPV Testung für Frauen ab 30 jährlich. Der HPV Test verbessert die Aussagen des jährlichen Kebsabstriches zur Vorsorge des Gebärmutterhalskrebses (Preis € 150,-) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. HPV Impfung für alle Frauen (Impfambulanz/Tropenmedizin Tel. 01/401 60 38 280) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Chlamydientestung erwünscht: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. HPV Testung erwünscht: | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Datum:

Unterschrift