

Fragebogen Urogynäkologie

Name: _____ Vorname: _____ Geb.-Datum: _____

Größe: _____ Gewicht: _____

Frauenärztin/Frauenarzt: _____

Urologin/Urologe: _____

Hausärztin/Hausarzt: _____

Medikamente: _____

Blutverdünnung: keine/ ja

Wenn ja, welches Medikament? _____

Allergien: _____

Vorerkrankungen: _____

- Rauchen
- Blutzucker (Diabetes)
- Bluthochdruck
- Thrombose/Lungenembolie
- Brustkrebs
- Gebärmutter-/Gebärmutterhalskrebs
- Schlaganfall

andere Krebserkrankungen

andere Vorerkrankungen

Voroperationen:

Gebärmutter/Eierstöcke _____

Senkung _____

Blasenschwäche _____

andere _____
