

**Dr. med. Armando Lagger**

Facharzt FMH Gynäkologie und Geburtshilfe  
Bremgartenstrasse 119  
3012 Bern  
EAN-Code 7601000104861

Tel 031 306 10 10  
Fax 031 306 10 15  
Email info@dr-lagger.ch  
Internet www.dr-lagger.ch

---

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Letzte Periode: \_\_\_\_\_

Letzter vorsorglicher Krebsabstrich / Arzt: \_\_\_\_\_

Pille, Hormonpräparate: \_\_\_\_\_

Weitere Medikamente: \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_ Rauchen Sie ? \_\_\_\_\_ , wenn ja wieviel pro Tg. \_\_\_\_\_

**Persönliche Erkrankungen/Leiden**

| Erkrankung/Leiden | Spitalaufenthalt? | Bemerkungen | Jahr |
|-------------------|-------------------|-------------|------|
|                   |                   |             |      |
|                   |                   |             |      |

**Allgemeine und gynäkologische Operationen**

| Jahr | Operation | Spital / Arzt / Bemerkungen |
|------|-----------|-----------------------------|
|      |           |                             |
|      |           |                             |
|      |           |                             |
|      |           |                             |

**Geburten/Schwangerschaften/Fehlgeburt**

| Jahr | Geschlecht / Name | Art der Geburt, Gewicht | Spital | Bemerkungen |
|------|-------------------|-------------------------|--------|-------------|
|      |                   |                         |        |             |
|      |                   |                         |        |             |
|      |                   |                         |        |             |
|      |                   |                         |        |             |
|      |                   |                         |        |             |

**Erkrankungen in der Familie**

| Wer | Erkrankung |
|-----|------------|
|     |            |
|     |            |
|     |            |

**Wann/Wo hatten Sie Ihre letzte gynäkologische Kontrolle:**

---

**Jetzige Probleme / Fragen :**

---



---

Wir danken Ihnen bestens für die obigen Angaben!

\*\*\*\*\*

**Notizen für den Arzt:**

Problem : \_\_\_\_\_

---

Befund : \_\_\_\_\_

---

Behandlung, Procedere: \_\_\_\_\_

---

Medikamente : \_\_\_\_\_

---