

Fragebogen zur Behandlung mit dem MonaLisa Touch®

Sehr geehrte Patientin,

Sie werden mit dem Vaginallaser „**MonaLisa Touch®**“ behandelt. Mir ist es sehr wichtig, den Therapieerfolg kontinuierlich zu erfassen. Deshalb möchte ich Sie herzlich um Beantwortung der anhängenden Fragen bitten.

Vor der Behandlung // **Behandlungsdatum:**.....

	0 keine Beschwerden	1 wenig Beschwerden	2 mäßige Beschwerden	3 stärkere Beschwerden	4 starke Beschwerden	5 kaum erträgliche Beschwerden
Vulvalaser						
Vaginaler Juckreiz						
Vaginale Trockenheit						
Vaginales Wundgefühl						
Schmerzen beim Geschlechtsverkehr						
Vaginallaser						
Harnabgang						
...beim Husten/Lachen/Niesen						
...beim Laufen						
...beim Sport						
...beim Treppensteigen						
...beim schweren Heben						
Nächtlicher Harndrang						
Schmerzen beim Wasserlassen						

Darüber hinaus würde ich gerne wissen, ob Ihr Partner eine Veränderung bemerkt hat (ggf. mit Angabe, was sich verändert hat).

☐ Keine Veränderung ☐ ich weiß es nicht ☐ es hat sich folgendes für meinen Partner verändert:

.....

Würden Sie die Behandlung weiterempfehlen? ☐ Ja ☐ Nein

☐ Ich wurde über die o.g. Untersuchungen ausführlich informiert und habe keine weiteren Fragen

Mir ist bekannt, dass ich, insofern ich Leistungen in Anspruch nehme, deren Kosten nicht über die GKV oder Beihilfestelle vergütet werden, ich diese Kosten übernehmen muss und ich diese privat an das MVZ gynTeam Dr. Czerner bezahle.

ID _____ Name, Vorname _____ geb.: _____

Bergheim, den _____

Datum

Unterschrift

Die Teilnahme an der Evaluation ist freiwillig. Die Auswertung der Daten erfolgt anonymisiert. Mit dem Ausfüllen des Fragebogens stimmen Sie den Datenschutzbedingungen zu. Sie können Ihre Teilnahme jederzeit widerrufen, aufgrund der Anonymisierung ist allerdings die Löschung Ihrer bereits eingesandten Antwort nicht möglich. Dies dient Ihrer Datensicherheit.