

ESTHEGYN FORMULARZ REJESTRACYJNY

Dziękujemy za okazane nam zaufanie. W celu zapewnienia indywidualnego podejścia do każdej pacjentki oraz poznania Pani oczekiwań w zakresie ginekologii estetycznej proszę wypełnić poniższy formularz , zabrać go ze sobą na wizytę przedoperacyjną lub wysłać go do nas drogą mailową.

Aktualna data_____ Data urodzenia_____

Imię i nazwisko_____

Adres_____

Nr. telefonu_____

E-mail_____

Kwestionariusz ESTHEGYN (zaznacz wybrane pole X)

Wargi sromowe

- _____ wargi są za duże
 - _____ wargi są asymetryczne
 - _____ nie podoba mi się wygląd moich warg
 - _____ nie podoba mi się nadmiar skóry nad łechtaczką
 - _____ noszenie dopasowanych ubrań i erotycznej bielizny jest dla mnie krępujące
 - _____ z powodu moich warg sex nie zawsze jest komfortowy
 - _____ wargi sromowe większe (zewnątrzne) są zapadnięte
 - _____ wargi sromowe większe (zewnątrzne) są za duże
-

Pochwa

- _____ obniżenie doznań podczas seksu
- _____ uczucie luzu w pochwie
- _____ miałam trudny poród
- _____ ciężar ciała największego z moich dzieci
- _____ mam trudności z utrzymaniem tamponów
- _____ mimowolnie popuszczam mocz podczas wysiłku, kaszlu, seksu e.t.c
- _____ czasami z mojej pochwy wydobywa się powietrze