

Name:..... Geb.-Datum:..... Größe:.....Gewicht:.....

Adresse:

Telefon-Nummer: Email-Adresse:

Hausarzt:

In welchem Alter trat die 1. Regelblutung ein?

In welchem Alter haben Sie die Regelblutung verloren?

In welchen Abständen tritt Ihre Regelblutung auf?

Wie lange hält die Regelblutung an?

Wie verhüten Sie?

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

Wie viele Schwangerschaften endeten als Fehlgeburten?

Wie viele Schwangerschaften endeten als Abbruch?

Hatten Sie Kaiserschnitte oder Zangengeburt?

Wurden Sie operiert? Wenn ja, woran?
.....

Rauchen Sie? Wenn ja, wie viele Zigaretten täglich?

Welche Medikamente müssen Sie einnehmen?
.....

Haben Sie schwere oder chronische Erkrankungen? Wenn ja, welche?
.....

Haben Sie Allergien oder Medikamentenunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?
.....

Gibt es bei Ihnen oder in Ihrer Familie Thrombosen oder Embolien?
.....

Gibt es in Ihrer Familie Krebserkrankungen oder schwere Erkrankungen? Wenn ja, welche?
.....

Als was sind/ waren Sie berufstätig?

