

Name: Vorname: Geb.datum:

Adresse:

Beruf: Familienstand: Mail:

Tel.: Mobil:

Medizinische Informationen

Größe: cm Gewicht: kg

Alter bei der ersten Periode: J Abstand/Länge d. Bltg: /

wieviele Kinder haben Sie geboren? wieviele Kaiserschnitte? wann?

Hatten Sie Fehlgeburten? Ja / nein wann?

Hatten Sie Schwangerschaftsabbrüche? Ja / nein wann?

Hatten Sie Operationen? welche? wann?

Hat ein Familienmitglied Krebs? wer? welche Art?

Haben Sie oder ein Familienmitglied eine(n) Thrombose/Embolie/Schlaganfall/Herzinfarkt gehabt? Ja / nein wer?

Haben Sie sonstige Erkrankungen? Ja / nein welche?
z.B. Bluthochdruck/Diabetes,...

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig?

Haben Sie Allergien? Ja / nein welche?

Leiden Sie an Migräne? Ja / nein

Rauchen Sie? Ja / nein wieviel?

Wer ist Ihr Hausarzt?