

Name: Vorname: Geb.datum:

Adresse:

Beruf:

Mail:

Tel.:

Mobil:

Größe: cm

Gewicht: kg

Alter bei der ersten Periode: J

Abstand/Länge d. Bltg: /

Wie viele Kinder haben Sie geboren?

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? Alter?


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

welche? Medikation?


Haben Sie Allergien?

Ja / nein welche?

Leiden Sie an Migräne?

Ja / nein Aura Ja/Nein

Rauchen Sie?

Ja / nein wieviel?

Wer ist Ihr Hausarzt?

Zuletzt behandelnder Frauenarzt?