

Name: _____ Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ Geb.-Datum: _____

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg Beruf: _____

Hausarzt: _____

Kommt ihre Periode regelmäßig alle 28 Tage? O ja O nein

Unregelmäßig ca. alle _____ Tage

Wenn ich blute, dann blute ich _____ Tage (Anzahl der Blutungstage)

Wie alt waren Sie bei der ersten Menstruation? _____ Jahre alt.

Wie oft waren Sie schwanger? _____ Wie viele Kinder haben Sie? _____

Wann war Ihre letzte Periode? _____

Welches Verhütungsmittel benutzen Sie? _____

Wann war Ihre letzte Krebsvorsorgeuntersuchung? _____

Wurde bei Ihnen eine Gebärmutterhalskrebs-Impfung durchgeführt? _____ Wenn ja, wann? _____

Haben Sie chronische Erkrankungen? O ja O nein

Wenn ja, welche? _____

Gab es Operationen im Bauchraum? O ja O nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Allergien? O ja O nein

Wenn ja, welche? _____

Nehmen Sie blutverdünnende Mittel ? O ja O nein