Name:	Vorname:
Tel.-Nr. Festnetz:	Handy:
Email:	Hausarzt:

Ich bin damit einverstanden, dass ich über die angegebene Email-Adresse über notwendige Behandlungen oder Terminäderungen informiert werde.

Datum:_ Unterschrift:

Allererste Periode im Alter von Jahren / **Erster Tag der letzten Periode:**

Zyklusdauer (z.B. 28-30 Tage) Blutungsdauer (z.B. 5-7 Tage)

Letzter Krebsvorsorge-Abstrich, bzw. HPV-Abstrich:

Menopause (Ausbleiben der Regel) im Alter von Jahren
Mammographie/Screening:

Größe: Gewicht:

Verhütung: Pille ☐ Spirale ☐ Keine Verhütung ☐

Name der Pille, bzw. Spirale:

Schwangerschaften:

Jahr der Entbindung: Geschlecht: Art der Entbindung : Spontan ☐ / Kaiserschnitt ☐
Jahr der Entbindung: Geschlecht: Art der Entbindung : Spontan ☐ / Kaiserschnitt ☐
Jahr der Entbindung: Geschlecht: Art der Entbindung : Spontan ☐ / Kaiserschnitt ☐

Bisherige gyn. Operationen: Jahr / Art der OP

Medikamente: **Einnahme Hormonpräparate** z.B. Schilddrüse

Bestehende Krankheiten: (z.B. Diabetes, Bluthochdruck, etc..)